32

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1888

PARIS. — IMPRIMERIE A. DAVY, 52 RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

ANNÉE 1888

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

CINQUANTE-NEUVIÈME ANNEE — SEPTIÈME SÉRIE — TOME V

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE

PARIS
Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8

59e année. 7e série. Tome V. N° 1 7 JANVIER 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 58, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

EXTIRPATION DU LARYNX, DU PHARYNX, DE LA BASE DE LA LANGUE, DES DEUX AMYGDALES ET DE TOUTES LES PARTIES MOLLES DU PALAIS. GUÉRISON, RESTAURATION DE LA DÉGLUTITION ET DE LA PAROLE, par le docteur AZZIO CASELLI, professeur de clinique externe à l'Université de Gênes ; observation rédigée par le docteur M. MACARIO.

Le 29 août 1879 entra à l'hôpital de Santa-Maria Nuobla di Reggio (Emilia) Guiseppina Casali, âgée de 19 ans, d'une santé délicate, anémique et non encore menstruée. Au mois de septembre de l'année précédente, elle avait commencé d'éprouver le sentiment de géne d'un petit corps étranger dans l'arrière-gorge qui l'empêchait d'avaler librement les aliments et même la salive. Trois mois après survinrent brusquement des douleurs aiguës à la suite de l'ingurgitation précipitée d'un potage trop chaud, et depuis lors elle ne put plus avaler les aliments d'une certaine consistance sans éprouver des efforts de vomissements et des accès de toux avec suffocation qui semblaient parfois mettre sa vie en danger.

Cette jeune fille, malgré l'absence de toute infiltration glandulaire, était atteinte d'un épithélioma siégeant dans le larynx, le pharynx, la luette, les amygdales et la base de la langue. Le pourtour de l'épiglotte était envahi aux deux tiers par un amas de granulations.

Pour manger, boire ou expectorer, la patiente était obligée de fermer ses narines avec les doigts, afin de pouvoir bien diriger ce qu'elle introduisait dans la bouche ou en expulsait. Sa respiration était devenue pénible et difficile.

Après l'avoir examinée attentivement et à plusieurs reprises au laryngoscope, après mûres réflexions sur les chances de succès, le chirurgien se décida à l'opération, qu'il pratiqua le 20 septembre, assisté de tous ses collègues de l'hôpital.

Le procédé opératoire commença par la trachéotomie exécutée avec le couteau galvano-caustique et l'emploi de la canule-tampon à air de Trendelenburg, afin de ne pas entraver l'opération par l'écoulement du sang dans la trachée et de maintenir en même temps la jeune malade dans un état d'anesthésie complète et prolongée, par l'inhalation de chloroforme qu'on versait goutte à goutte dans le tube inhalateur.

Ce premier temps de l'opération fut suivi de violents accès de toux. Ceux-ci calmés, l'habile opérateur finit d'inciser avec le galvano-cautère toute la peau sur la ligne médiane du cou et mit ainsi à nu le larynx qu'il isola avec soin et amputa ainsi que le cartilage cricoïde, à l'aide d'une anse galvano-caustique; il coupa ensuite et détacha de la même façon le

FEUILLETON

ELOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Suite. — Voir le numéro 52 (1887).

Tout concourait, en effet, à rendre ses débuts bien tristes. L'accueil de M. Percy, l'un des médecins en chef de l'armée, qu'il abordait avec une lettre de recommandation de son oncle, n'avait pas été encourageant; puis l'absence de direction et surtout le trouble jeté dans l'enseignement par les terribles événements de 1814, laissaient M. Bouillaud dans la plus pénible incertitude; c'est ainsi qu'il commence par faire des pansements à l'hôpital Saint-Louis, d'où le typhus le chasse bientôt avec tous les débutants qui, comme lui, ne peuvent encore rendre aucun service et que l'administration ne veut pas laisser exposés aux atteintes du fléau, qui trouverait en eux une proie trop facile à saisir. Il assiste alors à la clinique de M. Dupuytren devenue, à ce moment, assez irrégulière, puis il se rend à l'hôpital Cochin, et c'est là qu'en 1815 il commençait à travailler sérieusement lorsque, sous le coup de l'élan patriotique qu'excite en lui le retour de l'île d'Elbe, et sans consulter aucun des siens, il s'engage dans un régiment de hussards dont le centre de formation était à Dôle.

C'est de là qu'il annonce à ses parents sa soudaine détermination, et sous les regrets qu'il exprime d'avoir fait un pareil coup de tête, on devine sans peine qu'il a la conviction de n'avoir fait que son devoir.

Assurément, c'est avant tout son patriotisme qui l'a décidé à partir, ses lettres en font foi ; mais c'est aussi son admiration pour l'Empereur. Dès son enfance, il avait entendu retentir à ses oreilles les bulletins de victoire qui se succédaient alors à de si courts intervalles, et ils avaient fait naître chez lui un enthousiasme que ni les fautes du vainqueur, ni les désastres qui en furent l'inévitable suite, ne purent jamais refroidir. Dans maint passage de ses œuvres, dans plus d'un de ses discours académiques, et jusqu'à ses derniers jours, pour ainsi dire, cet enthousiasme se révélait encore, tantôt par des allusions aux grandeurs de l'épopée impériale, tantôt par des citations du *Mémorial*.

pharynx jusqu'au niveau des amygdales. Puis, après avoir divisé en deux l'os hyoïde et extirpé la base de la langue, il pénétra dans la cavité orale où il détacha toutes les parties molles du palais, enleva le pharynx au niveau des narines postérieures et, une fois l'ablation de tout le tube pharyngien terminée, il procéda à l'extirpation totale des deux amygdalez.

Le pansement consista dans la suture profonde des muscles hyoïdiens, dans l'application de la sonde œsophagienne, dans le maintien de la canule de Trendelenburg, et enfin dans la réunion de la partie supérieure de la plaie.

Durant l'opération, qui dura plus de trois heures, la malade perdit très peu de sang, grâce au galvano-cautère.

Telle est en bloc l'opération pratiquée par Caselli. Mais c'est dans les détails qu'il faut entrer pour l'apprécier à sa juste valeur.

C'est ainsi qu'au deuxième temps de l'opération, après avoir incisé toute la peau de la ligne médiane du cou jusqu'au bord libre du maxillaire inférieur, il pénétra avec ses doigts profondément dans la blessure, dépassa autant que possible les deux muscles sterno-hyoïdiens, afin de les épargner et obtenir ainsi qu'après l'opération ils tinssent en place l'os hyoïde qu'il voulait conserver. Cela fait, il fixa avec des crochets en S ces deux muscles, qu'un assistant fut chargé de tenir en place, et l'opérateur, avec le galvano-cautère et avec les doigts, déplaçant les tissus environnants, arriva sur le cartilage thyroïde sans rencontrer ni veines ni artères capables de faire obstacle à l'action du couteau.

Ayant ensuite isolé par le raclage la glande thyroïde et une partie du périchondre, toute la surface antérieure des cartilages thyroïde et cricoïde se trouvant à découvert, l'opérateur put faire le tour avec ses doigts de tout le larynx, de façon à pouvoir y poser deux anses galvano-caustiques et couper les ligaments thyroïdiens latéraux, ainsi que le ligament moyen, avec tout ce qui unit le cartilage thyroïde à l'os hyoïde.

La glande thyroïde délivrée de ce côté, le chirurgien la souleva et l'isola, tantôt avec le bistouri, tantôt avec le galvano-caustique, la détacha du cartilage cricoïde qu'il voulait conserver, le croyant indemne. Mais, après avoir complètement détaché le cartilage thyroïde, il s'aperçut que le cartilage cricoïde était atteint par le néoplasme et infiltré sous la muqueuse. C'est pourquoi il le coupa à sa partie inférieure, au niveau du premier espace inter-annulaire de la trachée. Mais, avant de couper entièrement ce tube, il passa deux fils de soie Lister sur le premier anneau trachéal pour s'opposer à ce que le conduit aérien ne se retirât trop sous le sternum.

Ici, M. Caselli, s'étant aperçu que le néoplasme s'étendait plus loin qu'il ne le pensait, agrandit l'incision, divisa avec la tenaille ostéotôme l'os hyoïde dans sa partie moyenne, disséqua une partie des deux muscles génio-hyoïdiens dans leur point d'union et dans toute leur longueur, et obtint ainsi une brèche beaucoup plus large, de manière à pouvoir manœuvrer plus à son aise dans la cavité. Après avoir lié au catgut les deux rameaux des artères thyroïdiennes supérieures, il isola latéralement et postérieurement le pharynx, mit deux liens pour empêcher l'œsophage de se rétracter, ce qui aurait pu avoir lieu pendant la section ou en cas de vomissements, entoura ensuite l'œsophage avec une anse de platine, qu'il passa entre le tissu cellulaire lâche et le fascia prévertébral qui sépare ce tube du rachis, et cet organe fut alors tranché dans son union avec le pharynx, tout près de la cinquième vertèbre cervicale.

Arrivé à ce point, la malade cessa de respirer, et on fut obligé de pratiquer la respiration artificielle. En présence de ce phénomène, les assistants étaient dans une grande anxiété; M. Caselli les rassura en leur disant que ce n'était là que le prodrôme d'efforts de vomissements par traumatisme de l'œsophage qui, par voie réflexe, provoquait des mouvements péristaltiques de l'estomac.

Après ce léger accident, il emporta avec le galvano-cautère une portion en croissant de la base de la langue, siège d'une érosion néoplasique, avec l'épiglotte envahie également aux deux tiers, puis la bouche de la patiente ayant été maintenue ouverte avec l'ouvre-bouche américain, il enleva les parties molles du palais, incisa la portion supérieure du pharynx en face des narines postérieures, coupa les piliers de la luette, les deux amygdales, et enfin détacha les dernières adhérences pharyngiennes; et le néoplasme tout entier fut extrait par la brèche du cou.

Notons ici, en passant, que l'opérateur, avant l'exci-

C'est à ses impressions profondes de l'enfance et de la jeunesse, auxquelles devaient se mêler plus tard de sincères aspirations libérales, que M. Bouillaud dut d'appartenir sous la Restauration, à ce parti brillant qui, par un contraste étrange, associait dans son programme une admiration sans bornes pour le représentant le plus éclatant du pouvoir absolu et l'amour de la liberté; comme si le patriotisme des hommes éminents que ce parti comptait en si grand nombre, satisfait de la gloire éblouissante de la France et, en quelque sorte, étourdi par l'impérissable écho du bruit dont nos victoires avaient rempli et étonné le monde, eût accepté sans trop de regrets l'ajournement du triomphe des idées libérales.

Le licenciement de l'armée ramena à Bragette M. Bouillaud déjà pardonné, mais ne se repentant qu'à demi de son équipée, ainsi que le donne à penser ce passage d'une lettre à un de ses amis resté à Paris: « Citoyen de Sparte ou de Rome, dit-il en parlant de son engagement, loin de faire une faute, j'aurais fait acte de vertueux citoyen; Français, je ne mérite que le nom de fou. »

Il avait été décidé que M. Bouillaud ne retournerait à Paris qu'à l'époque de l'ouverture des cours, et qu'en attendant il étudierait les livres de médecine envoyés par son oncle; mais ces lectures ne pouvaient satisfaire son ardent besoin d'apprendre, et dans toutes les lettres qu'il adresse de Bragette à ses condisciples, éclate son impatient désir de reprendre à la Faculté et dans les hôpitaux le cours de ses études.

Enfin il revient à Paris et se met au travail en homme qui veut réparer le temps perdu et faire son chemin. Dès l'année suivante, il est nommé au concours externe des hôpitaux et interne à la fin de 1818.

Tous les documents qui auraient pu me fournir quelques renseignements sur cette intéressante période de la vie de M. Bouillaud ont disparu dans l'incendie des bâtiments de l'Assistance publique, au mois de mai 1871, de sinistre mémoire. On sait seulement qu'il avait remporté tous les succès possibles au cours de ses études, et on peut affirmer qu'à coup sûr le temps de son internat avait été fructueusement rempli et avait bien préparé l'œuvre du maître futur.

Cette œuvre a été considérable: M. Bouillaud l'avait, il est vrai, commencée de bonne heure, car il était encore élève interne des hôpitaux lorsqu'il publia son premier mémoire. Ce travail parut dans le premier volume des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE et

sion de l'amygdale gauche, lia un des rameaux assez volumineux de l'artère pharyngienne qui, sans cela, aurait donné lieu à une hémorrhagie assez abondante.

Immédiatement après l'opération, on introduisit une sonde œsophagienne dans l'estomac pour solliciter le retour des forces prostrées; puis, ayant demandé à la patiente si elle avait souffert, elle répondit négativement avec un signe de tête; on lui dit de tirer la langue, ce qu'elle fit avec une surprenante facilité.

La vaste plaie fut bien lavée avec l'eau phéniquée; les deux moitiés de l'os hyoïde, divisées avec l'ostéotôme, furent réunies avec deux fils de catgut; enfin, après avoir pratiqué la désinfection listérienne au moyen d'un jet de poussière phéniquée, on réunit les bords de la plaie cutanée avec huit points de suture à l'aide d'un fil de soie et on fixa la canule respiratoire; le long tube inhalateur fut enlevé, ainsi que la petite boule de gomme pour le renflement de l'air, en laissant cependant la trachée tamponnée; on plaça sur le trou de la canule enfoncée dans la trachée une gaze imbibée d'eau, afin de modérer l'entrée et la sortie de l'air et empêcher l'introduction de corps étrangers; on appliqua enfin huit couches de gaze phéniquée sur le cou.

Le pouls de l'opérée battait 112 fois à la minute, et la respiration était à 36.

Au bout d'un mois, la guérison était complète. A ce moment, on voyait les narines postérieures très rétrécies et l'arrière-bouche couverte d'un tissu comme muqueux, lisse, uniforme et poli. La plaie externe s'était tout à fait modelée sur la canule trachéale; le cou était un peu aplati d'avant en arrière.

La sonde œsophagienne ayant été enlevée, la déglutition des substances liquides et semi-solides se faisait presque comme à l'état normal, et, peu de jours après, les aliments solides étaient également avalés; et enfin, deux mois après l'opération, la malade fut soumise à l'alimentation commune de l'hôpital. La sonde œsophagienne fut définitivement mise de côté, remplacée par un mandrin conique en argent doré, creux, légèrement recourbé et muni d'un trou pour le fixer avec un petit cordon, afin de maintenir la dilatation du tissu cicatriciel.

Tous les jours, après souper, la jeune patiente s'introduisait elle-même cet instrument dans l'embouchure supérieure de l'œsophage, et le retirait le matin, avant le premier repas.

Mais comment, après une telle opération, la déglutition put-elle se faire? En voici l'explication donnée par Caselli. En faisant ouvrir la bouche et tirer la langue à l'opérée, on apercevait, correspondant à la base de la langue, une sorte de canal oblique d'avant en arrière, de haut en bas, et en passant le doigt le long de ce canal jusqu'à la distance de 3 centimètres environ, on pénétrait dans un tube membraneux, infundibuliforme, continu, à tissu cicatriciel dans tout son pourtour. Ce tube n'était autre que l'œsophage. En tenant le doigt en place et en faisant retirer la langue dans la bouche, le canal dont il est question se rapprochait tellement du pourtour de l'embouchure de l'œsophage que ces deux parties se mettaient en contact. Mais, pour que l'œsophage ait pu se fixer si haut, il a fallu le concours de deux facteurs, à savoir: l'extension en haut produite par les fils passés avant l'amputation, et le rapprochement de toutes les parties molles du cou, de bas en haut, par le fait du tissu cicatriciel.

Or, le raccourcissement du chemin que devait parcourir le bol alimentaire et le canal ainsi creusé dans la langue, facilitaient la descente du bol en question en arrière de cet organe qui, à l'aide d'un mouvement spécial de rétropulsion, poussait les aliments à la portée de l'œsophage, qui s'en emparait aussitôt.

Telle est l'opération exécutée par M. Caselli, et je me suis appliqué à en exposer les détails avec le plus de clarté et de concision qu'il m'a été possible, afin de mettre les lecteurs à même d'en saisir l'ensemble et la portée.

Par ces détails, on appréciera la différence qui existe entre l'opération de Caselli et celle de Langenbeck. En effet, le chirurgien allemand n'extirpa que le larynx, tandis que le chirurgien italien extirpa des organes multiples. En outre, ce dernier divisa l'os hyoïde en conservant intact tout l'appareil d'innervation, de circulation et de mobilité de la langue, quoique la moitié de cet organe et l'épiglotte dussent être amputées.

Les deux moments les plus difficiles de l'opération furent: 1o L'isolement latéro-postérieur du larynx, afin de ne pas léser les carotides et de ne pas tirailler davantage les nerfs vagues; 2o L'extirpation complète des deux amygdalee.

Mais ce n'est pas tout: l'opérée avait naturellement perdu la parole; elle était aphone.

---

fut, pour ainsi dire, une des pierres d'assise du bel édifice que commençaient à élever alors pour tous les travailleurs, maîtres ou élèves, des hommes d'un rare mérite et qui eurent cette heureuse fortune de trouver successivement, pour continuateurs de leur œuvre, les hommes de talent auxquels nous avons dû et nous devons encore aujourd'hui le succès persistant et l'incomparable richesse du recueil le plus complet et le plus précieux des travaux de la science médicale française.

C'est en 1823 que parut dans les ARCHIVES le mémoire sur l'*Oblitération des veines et son influence sur la formation des hydropisies partielles*. Ce travail n'était que la démonstration d'un fait d'anatomie pathologique très simple; mais il avait une haute portée, car il donnait du premier coup l'explication de toute une classe d'états morbides, en montrant que l'oblitération des veines est la cause de la plupart des hydropisies passives et, ainsi qu'il arrive toujours aux esprits supérieurs, M. Bouillaud, dans ce mémoire, poussait jusqu'à leurs dernières limites les conséquences de sa découverte.

Prouver que l'hydropisie isolée d'un membre ou de la séreuse abdominale est due à l'oblitération d'une veine, par suite, soit de sa compression, soit de son inflammation, et non pas, comme on l'avait cru jusque-là, à un état de débilité générale de l'organisme, ou à une atonie des vaisseaux lymphatiques, c'était déjà établir un fait clinique important; mais ce qui ne l'était pas moins, c'était de montrer que toute maladie prolongée des organes respiratoires et, plus encore, du cœur, cet aboutissant de tout le système veineux, en un mot toute maladie apportant un obstacle considérable à la circulation veineuse, entraîne la formation d'un certain nombre d'hydropisies générales.

C'était donc bien faire une véritable découverte que de substituer, pièces en mains, aux théories insuffisantes et manifestement fausses dont on s'était contenté jusqu'alors, une explication absolument irréfutable, puisqu'elle s'appuyait à la fois sur l'anatomie et la physiologie.

Aujourd'hui, familiarisés de longue date avec ces données certaines, nous sommes tentés de nous étonner qu'on ne les eût pas reconnues plus tôt; mais cet étonnement, M. Bouillaud avait été le premier à l'exprimer, et sa modestie devait le lui inspirer à chacune de ses découvertes nouvelles.

Avec quelle simplicité il annonce l'objet de son premier mé-

Après de longues et patientes recherches maintes fois abandonnées et reprises, le chirurgien finit par inventer un appareil qui réussit au-delà de tout ce qu'on pouvait espérer. Il en confia l'exécution à un très habile mécanicien, M. Caffari.

L'opérée fut présentée à l'Académie médico-chirurgicale de Bologne.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, SECONDAIRE, DÉVELOPPÉE CHEZ UN SUJET PRIMITIVEMENT ATTEINT DE PARALYSIE INFANTILE.

Au sortir d'une attaque de paralysie infantile, quand les accidents de la période aiguë se sont apaisés, la paralysie amyotropique se cantonne et se localise définitivement à tel ou tel membre, à tel ou tel groupe musculaire, puis les attitudes vicieuses, les arrêts de développement d'un ou plusieurs segments du squelette, les déformations qui en sont la conséquence s'accusent peu à peu. Le foyer de myélite s'est cicatrisé; le sujet cesse d'être un malade. Il ne s'agit plus dès lors que d'une *infirmité* plus ou moins pénible, irrémédiable sans doute, mais n'ayant aucune portée ultérieure, soit sur la durée de la vie, soit sur l'intégrité anatomique des régions du centre médullaire que la myélite aiguë a respectés. Les choses se passent ainsi dans la grande majorité des cas, mais non pas toujours. Il est des faits qui montrent que la présence dans la moelle d'un foyer éteint de myélite n'est pas chose indifférente pour « l'avenir médullaire » des sujets qui ont été touchés par la paralysie infantile. Certains individus, frappés de myélite dans leur enfance, peuvent, sous ce rapport, être comparée aux « *cérébraux* » dont parle le professeur Lasègue, et qu'un ancien choc cérébral a prédisposés aux troubles psychiques. Ces individus sont en quelque sorte des *médullaires*. Leur foyer guéri de myélite infantile, soit en agissant à la manière d'une épine irritative, soit en créant dans la moelle un *locus minoris resistentiæ*, peut être le point de départ, à la faveur de causes occasionnelles diverses (maladies infectieuses, refroidissements, fatigues excessives), de poussées inflammatoires aiguës, subaiguës ou chroniques.

Cette donnée n'est pas nouvelle, mais elle a été néanmoins méconnue par plus d'un auteur. J. Ross (1), notamment, a écrit dans son traité des maladies du système nerveux « que les sujets qui ont été frappés de paralysie infantile ne semblent véritablement pas plus exposés dans le courant de leur existence aux autres affections de la moelle que ceux jusque-là indemnes de toute lésion antérienre ».

Pour être quelque peu exceptionnels, ces retours agressifs qui se produisent ainsi à des époques plus ou moins éloignées, n'en démontrent pas moins ce que cette assertion émise par J. Ross a d'erroné ou de trop absolu.

Dans un mémoire paru dans la REVUE DE MÉDECINE (2), les faits de cet ordre ont été groupés et classés de la façon suivante :

a) Poussée conjonctives avec parésie ou paralysie passagère ;

b) Myélite aiguë, à forme de paralysie spinale aiguë de l'adulte ;

c) Myélite subaiguë, à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë ;

d) Myélite chronique, à forme de tephro-myélite antérieure chronique (atrophie musculaire progressive).

Ce dernier type d'altération, qui revêt la forme de l'atrophie musculaire progressive, est celui qui s'observe le plus fréquemment, comme conséquence plus ou moins éloignée d'une paralysie infantile. Il a été vu et décrit par M. Charcot, par M. Vulpian, notamment. Il en existe dans la littérature médicale un assez grand nombre d'exemples (3).

L'observation que nous allons rapporter nous semble ressortir à cette catégorie de faits.

(1) J. Ross, *The diseases of the nervous system*, 1881.

(2) G. Ballet et A. Dutil, *De quelques accidents spinaux déterminés par la présence dans la moelle d'un ancien foyer de myélite infantile* (REV. DE MÉD., 1883).

(3) Charcot et Raymond (Soc. BIOL., GAZETTE MÉD. DE PARIS). Vulpian (CLINIQ. MÉD. DE LA CHARITÉ, 1879, 1875, p. 225 (1 observation).

Carrieu (Th. Montpellier, 1875, p. 60 (1 observation).

Seeligmaller (4 observations), *Jahrbruch für Kinder Krankein*.

moire ; « Tous les médecins, dit-il, conviennent que l'histoire des hydropisies est encore couverte d'obscurités ; je me trouverai trop heureux si, dans le travail que je soumets aujourd'hui au jugement du public médical, je parviens à résoudre quelques-uns des problèmes que soulève ce point de pathologie. »

Ce n'est pas sur ce ton modeste que l'illustre auteur de l'*Examen des doctrines médicales* avait proclamé sa doctrine, mélange prodigieux de vérités fécondes et de dangereuses erreurs.

En 1824, M. Bouillaud, qui venait d'être reçu docteur, donnait aux ARCHIVES un nouveau mémoire sur le rétrécissement de l'un des orifices du cœur et sur les effets de cette lésion. Ce travail, qui produisait de nouvelles preuves à l'appui des conclusions du précédent mémoire, n'était d'ailleurs que le prélude des savantes recherches qui devaient, dans un avenir peu éloigné, constituer le plus beau titre de gloire de M. Bouillaud.

A cette même époque, il avait entrepris des recherches sur les fonctions du cerveau, en répétant quelques-unes des expériences de M. Flourens, mais en modifiant la méthode de cet habile physiologiste, de telle sorte que les animaux survécussent assez longtemps à leurs mutilations pour qu'on pût observer avec exactitude les troubles fonctionnels correspondant à ces mutilations.

Il avait choisi, dans ce but, des oiseaux et de petits mammifères, et, circonstance peu connue, le collaborateur qui l'assistait dans ces recherches, sinon sans quelque effroi, au moins sans regret et sans faiblesse, était la compagne qu'il avait choisie pour l'associer à sa vie laborieuse.

En bravant ainsi la répulsion qu'inspire d'ordinaire aux femmes la vue du sang et des souffrances des animaux, Mme Bouillaud témoignait à la fois de son dévouement conjugal et de son ambition très légitime de contribuer, dans la mesure de ses forces, au succès de son mari.

Ces premières expériences, M. Bouillaud en convient lui-même, n'avaient pas donné de résultats très concluants ; aussi pouvait-il dire avec Cuvier : « Démocrite, Anaxagoras, disséquaient déjà le cerveau il y a près de trois mille ans ; Haller, Vicq d'Azir et vingt anatomistes encore vivants l'ont disséqué de nos jours ; mais, chose admirable, il n'en est aucun qui n'ait laissé des découvertes à faire à ses successeurs. »

Ne peut-on pas dire que, malgré les beaux travaux de l'École

Myélite chronique à forme de téphro-myélite antérieure chronique (atrophie musculaire progressive) chez un sujet autrefois atteint de paralysie infantile.— Fractures multiples.

Le nommé Dep... (Nicolas), bijoutier sur acier, âgé de 39 ans, est entré, le 5 octobre 1887, à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, lit n° 20, dans le service de M. le professeur Peter.

Antécédents héréditaires. — Rien qui mérite d'être noté.

Antécédents personnels. — Pas de scrofule, pas de syphilis, pas de rhumatismes.

Dep... n'a eu aucune fièvre éruptive ; il n'a pas eu la fièvre typhoïde, ni la grippe ; jamais il n'a toussé, jamais il n'a été atteint de pleurésie, ni de pneumonie, ni d'aucune maladie quelconque dépendant d'un état infectieux.

Il a fait quelques excès de boissons vers l'âge de 20 à 23 ans ; mais il abandonna bientôt ses habitudes alcooliques.

Il n'a jamais fait aucun métier ni exécuté momentanément aucun travail dans lequel il ait été exposé à l'intoxication saturnine.

Cet homme était incomplètement paralysé, depuis son enfance, du bras droit et de la jambe gauche. Mais il pouvait marcher, travailler de son état de bijoutier. Il entre aujourd'hui à l'hôpital parce que, depuis quelques années, « sa paralysie ne fait qu'augmenter » ; elle s'accroît dans les membres primitivement atteints et envahit ceux restés jusque-là indemnes. Voici ce que le malade nous apprend à ce sujet :

A l'âge de 2 ans 1/2, il fut pris, au dire de ses parents, de convulsions généralisées. Il eut de la fièvre pendant quatre ou cinq jours, et c'est au sortir de cette maladie qu'on s'aperçut qu'il était complètement paralysé du bras droit et de la jambe gauche. Ces deux membres pendaient inertes et ballottaient dans tous les sens. Il est très vraisemblable que les muscles de la jambe droite furent également atteints à cette époque, quoiqu'à un moindre degré, car voici ce qui advint dans les années qui suivirent l'apparition de cette paralysie. Le bras droit et le membre inférieur gauche recouvrèrent petit à petit une bonne partie de leurs mouvements. Le petit malade put marcher, tout en boitant, deux ans après le début de la paralysie ; il avait alors 4 ans 1/2. Mais on remarqua dès cette époque que le pied droit, qui avait paru jusque-là indemne de toute paralysie, se déformait progressivement ; ce pied se déjeta en dedans ; bientôt le malade marcha sur le bord externe, puis enfin sur la moitié externe de la face dorsale du pied. Cette déformation persiste encore aujourd'hui.

Le pied gauche resta légèrement dévié en varus équin. Le membre inférieur droit demeura un peu plus grêle que le gauche, mais le malade avait recouvré peu à peu assez de force et de liberté dans ses mouvements. Il courait et jouait librement avec ses camarades. Il put entrer en apprentissage dans un atelier de bijouterie. Il acquit même rapidement une certaine habileté dans la confection des bijoux en acier. Il travaillait assis.

A 14 ans, en jouant, il butta du pied gauche contre une pierre et tomba. Il s'était fracturé la jambe à deux travers de doigt au-dessus des malléoles. On enferma sa jambe dans un appareil durant six semaines, après quoi il put marcher et courir comme par le passé. Le cal est resté très apparent.

A 32 ans, il glissa sur un trottoir et tomba, le bras droit en extension, sur la paume de la main, dans l'attitude classique où se produit ordinairement la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il éprouva une vive douleur à la partie supérieure du bras droit ; il avait une fracture de l'humérus au tiers supérieur. Après 32 jours d'immobilisation dans un appareil plâtré, la consolidation était complète. Il reprit son travail au bout de quelques semaines.

Trois ans après, à l'âge de 35 ans, il fit un faux pas et tomba les bras tendus en avant. Il se fractura encore le bras droit, à peu près au point où siégeait la première fracture, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Cette fois, la consolidation fut un peu difficile. Lorsqu'on enleva l'appareil au bout de trente jours, le cal fut jugé insuffisant, et on lui remit un nouvel appareil qu'il porta durant vingt-cinq jours. A ce moment, la consolidation était faite, mais les fragments avaient été mal maintenus ; l'humérus décrivait une courbe convexe en dehors et très accentuée au niveau du point où siégeait la fracture. Le cal est resté volumineux et la déformation persiste.

En nous racontant la chute qui occasionna cette dernière fracture, le malade nous dit spontanément qu'il doit avoir les os bien fragiles, car il était tombé cette fois « tout doucement ».

Jusque-là, Dep... avait gardé nous dit-il, toute sa force musculaire ; il pouvait faire sans éprouver de fatigue de longues courses à pied ; il travaillait sans aucune peine à son métier, qui demandait, il est vrai, plus d'habileté et de précision dans les mouvements que de force.

Mais, il y a trois ans, il commença à s'apercevoir que son bras droit faiblissait. Le soir, quand il avait fourni ses dix heures de travail, il éprouvait une lassitude presque douloureuse dans l'épaule droite. Le lendemain, tout avait disparu, et il reprenait sa besogne quotidienne.

tein; Ueber Lähmung in Kinder alter ; Uber spinale Kinder Lähmung.
Hayem (Bull. Soc. Biologie, 1879 (1 cas).
Onimont et Neumann (Gaz. hebdomad., 1881 (2 cas).
Pitres (1 cas), *In mémoire*, Ballet et Dutil, Rev. méd., 1883).

de la Salpêtrière, les paroles de Cuvier sont restées aujourd'hui et resteront longtemps encore absolument vraies.

Cependant les vivisections pratiquées par M. Bouillaud n'avaient pas été tout à fait sans valeur ; il avait pu constater en effet que la destruction de la partie antérieure du cerveau déterminait chez les animaux comme un état d'idiotisme qui leur faisait perdre la connaissance distincte des objets et des êtres extérieurs, sans anéantir toutefois leurs sensations externes.

C'était là pour M. Bouillaud un fait particulièrement intéressant, car il pouvait, dans une certaine mesure, le considérer comme un argument en faveur de la théorie physiologique qu'il venait de soumettre au jugement de l'Académie dans un nouveau mémoire et qui devait être longtemps encore l'objet de l'une de ses plus constantes préoccupations, à savoir, que *la perte de la parole correspond à une lésion des lobes antérieurs du cerveau.*

Si je ne m'adressais aujourd'hui qu'à des confrères, peu de pages me suffiraient pour exposer l'intéressante découverte de M. Bouillaud ; mais je dois à une partie de l'auditoire qui me fait l'honneur de m'écouter quelques explications préliminaires ; je m'efforcerai de les donner aussi brièvement que possible.

Envisagé d'une manière générale, le *langage* est la faculté de traduire une sensation, une idée ou une volonté par un signe qui peut être un son, un mouvement, ou un tracé quelconque.

En restant dans les termes de cette définition, on peut dire que tous les animaux ont un langage, ou du moins deux de ces formes du langage, en ce sens que tous, depuis le plus infime ciron jusqu'au plus colossal des mammifères, peuvent s'entendre entre eux, s'appeler, s'avertir, si un danger les menace, se concerter pour une action commune, fuite, attaque ou défense, enfin exprimer leurs sensations, leurs volontés et aussi leurs sentiments qu'on ne peut méconnaître. Leurs moyens d'expression sont bien limités, il est vrai, car ils se bornent presque uniquement au cri, chez les uns, à un insaisissable murmure chez les autres ; mais ces cris, ces murmures, suffisent, par leurs nuances infinies, pour traduire tous les sentiments dont l'animal est agité : tendresse, colère, prière, joie et douleur ; quelques animaux même sont capables d'exprimer ces sentiments par des mouvements qui parfois prennent, pour ainsi dire, un sens métaphorique ; qui ne sait que le chien lèche les mains et le visage de ceux qu'il aime et qui ne re-

La faiblesse envahit progressivement le bras gauche, qui n'avait jamais été paralysé, puis les membres inférieurs. A plusieurs reprises, il dut cesser de travailler pour se reposer durant quelques semaines. Il y a deux ans, il remarqua que ses bras et ses jambes « maigrissaient ». Au mois d'avril dernier, ses mains laissaient tomber à chaque instant les outils qu'il maniait; le soir venu, il avait grand'peine à retourner à l'atelier, et il fut dès lors obligé d'abandonner définitivement tout travail.

Jamais le malade n'a éprouvé de fourmillements ni de douleurs d'aucune sorte dans les membres paralysés. Jamais il n'a accusé de troubles de la vue ni des autres sens spéciaux; les fonctions de la vessie et du rectum n'ont jamais été troublées.

Etat actuel (14 octobre 1887). — *Face.* — Les traits sont parfaitement symétriques, tous les muscles de la face se contractent normalement. Il n'y a pas trace de paralysie ni d'atrophie.

Les mouvements des yeux sont normaux. La *langue* est tirée droite; elle est parfaitement mobile. Elle ne présente aucun indice d'atrophie ni de contracture.

L'articulation des mots, la déglutition des solides et des liquides s'exécutent régulièrement.

Les mouvements de la tête et du cou s'accomplissent sans difficulté. Tous les muscles du cou semblent avoir conservé leur volume normal.

Membres supérieurs. — On constate dans les deux membres supérieurs une atrophie musculaire très prononcée. D'une manière générale, cette atrophie est beaucoup plus accentuée à droite qu'à gauche. Bien qu'elle soit inégalement accentuée dans l'un et l'autre membre, elle présente néanmoins une certaine symétrie quant à sa disposition topographique. Elle prédomine sur les muscles de la ceinture scapulo-humérale et des bras; elle est aussi marquée aux avant-bras aux mains, les éminences thénar et hypothénar, ainsi que les espaces inter-osseux, semblent avoir conservé leurs reliefs normaux (style scapulo-huméral).

A droite, tous les mouvements de l'épaule et du bras sont abolis. L'élévation de l'épaule est encore possible; mais le malade est complètement incapable d'élever le bras, de l'écarter ou de le rapprocher du tronc. Les sus et sous-épineux, les grand et petit rond, le pectoral, le deltoïde, le triceps, ont à peu près totalement disparu. Le sous-scapulaire et le rhomboïde sont également intéressés; l'omoplate a basculé, sa pointe est déviée en dehors. Son bord spinal s'écarte du plan costal. Le biceps et le coraco brachial sont moins atrophiés; la flexion de l'avant-bras est encore possible, mais ce mouvement est bien faible, et il suffit de la plus légère résistance pour en empêcher l'exécution.

L'extension de l'avant-bras est nulle.

Tous les mouvements de la main et des doigts s'exécutent facilement.

A gauche, l'atrophie a frappé les mêmes muscles qu'à droite, mais elle est moins prononcée; le triceps, le deltoïde et les muscles sus et sous-épineux sont les plus grandement atteints.

Les mouvements de la main et des doigts s'accomplissent normalement.

La contractilité faradique ne semble pas être diminuée. Le courant minimum qui provoque la contraction des muscles de la face et du cou fait également entrer en contraction les muscles atrophiés ou tout au moins ce qui reste de ces muscles. Les triceps, les muscles qui entourent l'omoplate à droite, ne répondent pas aux excitations les plus intenses, mais la raison en est que leur disparition est complète; l'adipose sous-cutanée est très prononcée, et l'on sent très bien au niveau des points qui correspondent au siège anatomique de ces muscles qu'aucune couche musculaire ne sépare la peau du plan osseux sous-jacent.

La circonférence des deux membres mesure :

Bras droit (1/3 moyen)	=	20 cent.
— gauche id.	=	21 —
Avant-bras droit	=	23 —
— gauche	=	25 —

L'exploration dynamométrique donne les résultats suivants :

Main droite	=	23 k.
— gauche	=	45 k.

On voit se produire dans les muscles des membres, comme aussi dans ceux du tronc, de petites secousses fibrillaires.

Tronc. — A part les pectoraux et les rhomboïdes, les muscles du tronc ne paraissent pas atrophiés.

Tous les mouvements du tronc sont conservés.

Membres inférieurs. — Indépendamment des déformations, des pieds-bots déjà décrits, il existe une atrophie très accentuée des masses musculaires au niveau des jambes. Les cuisses ayant à peu près conservé leur volume normal, il s'ensuit que, dans leur ensemble, les membres inférieurs présentent une forme conique et vont en s'amincissant du genou à la cheville du pied.

Le périmètre des cuisses mesure, au tiers inférieur :

A droite	=	38 cent.
A gauche	=	39 —

A la partie moyenne des jambes on trouve :

A droite	=	25 cent.
A gauche	=	25 —

L'atrophie porte également sur les muscles postérieurs et antéro-externes des jambes.

---

connaît dans cet acte la caresse que reproduit le baiser de l'homme, sous une forme plus délicate?

(A suivre.)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Prix proposés par l'Académie des sciences.* — Année 1888.

Prix Montyon. — 500 fr. — Statistique de la France.

Prix Jecker. — 10,000 fr. — Chimie organique.

Prix Barbier. — 2,000 fr. — Découverte dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Desmazières. — 1,600 fr. — Ouvrage le plus utile sur tout ou partie de la cryptogamie.

Prix Thor. — 1,200 fr. — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes.

Prix Montagne. — 1,000 fr. — Travaux importants ayant pour objet l'anatomie, la physiologie, le développement ou la description des cryptogames inférieurs.

Prix Savigny. — 975 fr. — Décerné à de jeunes zoologistes voyageurs.

Prix da Gama Machado. — 1,200 fr. — Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animaux.

Prix Montyon. — 7,500 fr. — Découvertes parfaitement déterminées touchant l'art de guérir.

Prix Bréant. — 5,000 fr. — Le choléra asiatique.

Prix Godard. — 1,000 fr. — Anatomie, physiologie, pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Lallemand. — 1,800 fr. — Sur le système nerveux.

Prix Montyon. — 750 fr. — Physiologie expérimentale.

Prix Montyon. — Un ou plusieurs prix. — Arts insalubres.

Prix Cuvier. — 1,500 fr. — Ouvrage le plus remarquable soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Le triceps fémoral commence évidemment à s'atrophier. Il existe, au niveau de la rotule, un creux au niveau duquel le muscle fait presque complètement défaut. Les fessiers ne semblent pas atteints.

Les mouvemenst d'extension, de flexion de l'un et l'autre pied sont abolis ou peu s'en faut.

Néanmoins, le malade peut se tenir debout et marcher. A chaque pas, la cuisse se fléchit; en même temps, le malade exécute un mouvement de projection de la hanche en avant, tandis que la jambe et le pied retombent à peu près inertes.

Le reflexe rotulien est très affaibli à droite, à peu près nul à gauche.

Les attitudes vicieuses des pieds sont évidemment le fait des rétractions musculaires et ligamenteuses qui ont suivi l'action prédominante des groupes de muscles respectés par la paralysie infantile. Nulle part il n'y a trace de contracture.

Il n'existe aucun trouble ni de la sensibilité générale, ni de la sensibilité spéciale.

Il n'y a pas de paralysie de la vessie ni du rectum.

La peau des membres inférieurs est légèrement cyanosée et froide. Pas de troubles trophiques autres que l'adipose souscutanée qui masque en grande partie l'atrophie totale des muscles des deux jambes.

Depuis son entrée (trois mois) à l'hôpital, le malade a été soumis à un traitement régulier et méthodique (courants continus faibles, bains sulfureux). L'atrophie musculaire ne parait pas s'être amendée. Bien plus, elle semble devoir poursuivre désormais sa marche envahissante.

La marche est devenue plus difficile, et les muscles des mains (les interosseux notamment) commencent à perdre de leur volume.

Indépendamment de l'intérêt que présente ce cas d'atrophie musculaire progressive développée en dehors de toute cause occasionnelle apparente, chez un sujet anciennement atteint de téphromyélite antérieure aiguë, il est dans l'observation que nous venons de relater une particularité qui mérite, croyons-nous, d'être soulignée. Cet homme a eu trois fractures; deux à la partie supérieure de l'humérus droit, la troisième à la jambe gauche, immédiatement au-dessus des malléoles, au-dessous du lien d'élection de la fracture de jambe. Le peu d'intensité des violences qui ont déterminé ces fractures (tout au moins l'une d'elles), leur localisation aux os des membres touchés par la paralysie infantile, n'indiquent-ils pas qu'il y avait dans ces points du squelette un défaut de solidité lié évidemment à un état dystrophique de la substance osseuse. Et, comme dans le cas qui nous occupe l'intégrité de la sensibilité et des sphincters permettent de localiser nettement la lésion centrale à la substance grise des cornes antérieures, ce fait viendrait confirmer une fois de plus l'influence trophique des cellules de ces cornes antérieures sur le système osseux.

Il est à noter aussi que les os fracturés n'avaient subi aucun arrêt de développement appréciable sous le rapport de leur longueur ni de leur diamètre.

A. Dutil.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'Evolution de la morale, par M. Ch. Letourneau. A. Delahaye et E. Lecrosnier. — Paris, 1887.

Comme l'indique l'auteur dans sa préface, il n'a d'autre but que de retracer l'histoire de l'évolution morale, depuis l'origine des sociétés jusqu'à nos jours, de montrer comment la morale est née, comment et sous quelles influences elle a évolué, quelle en a été la direction dans le passé et ce qu'elle sera dans l'avenir. C'est assez dire que ce livre fourmille de faits intéressants et qu'il embrasse dans une vue d'ensemble l'histoire entière de l'humanité. Commençant par étudier les sociétés les plus inférieures et les plus rapprochées de l'animal, il nous montre combien est faible chez elles la notice de la morale; l'homme y est traité en véritable gibier, et sa vie y est l'objet du mépris le plus complet.

Chez les peuples sauvages, en Afrique, en Polynésie, chez certains peuples de race jaune, et chez ceux où règne l'esclavage, on observe un stade plus élevé de l'éthique; l'esclavage remplace la mort pour les captifs et le sentiment de la justice se développe progressivement. Dans l'antiquité égyptienne, dans le monde Gréco-Romain, chez les anciens peuples de l'Amérique, en Chine actuellement encore, on observe une morale déjà plus pure : la famille se forme et se fortifie, l'Etat se préoccupe du bien-être de ses sujets et, bien que la femme soit toujours tenue en sujétion, elle cesse d'être une marchandise.

La dernière période de cette lente évolution commence avec les sociétés européennes modernes; mais, maintenant encore, l'amélioration des mœurs est toute en surface, l'égalité et la justice sont dans les préceptes, mais ne sont guère plus appliquées que dans le monde barbare : un semblant de légalité couvre seulement les injustices analogues à celles d'autrefois. M. Letourneau voit en noir la société moderne et en fait une sombre description; il est vrai qu'on partage assez rapidement sa manière de voir, les illusions disparaissant à mesure qu'on le lit. Une étude sur l'influence des religions sur la morale et un chapitre sur la morale utilitaire et transformiste terminent cet ouvrage, qu'il est impossible de résumer, tant il contient de faits et d'idées, et dont la lecture offre le plus vif intérêt.

Considérations sur le goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement, par A. de Burine. — Thèse de Paris, 1886.

Une série de 45 observations sert de base à ce travail, qui traite presque spécialement de la pathogénie du goître des femmes enceintes. Après avoir passé en revue les nombreuses hypothèses qui ont été faites pour l'expliquer, l'auteur dit que l'afflux de la stase du sang dans les plexus thyroïdiens, la distension exagérée des vaisseaux et la congestion permanente de la glande qui se produisent au cours de la grossesse, sont les causes principales de l'inflammation du parenchyme. Les efforts de l'enfantement agissent encore sur le corps thyrode et en font accroître le volume. La multiplicité des grossesses crée une prédisposition au goître en fatiguant le corps thyroïde par des congestions répétées et des gonflements successifs. Le goître de la grossesse est une affection bénigne, et ce n'est que dans des cas fort rares qu'elle met en danger la vie des malades.

Dr Georges Lemoine.

Etude comparée sur l'enseignement actuel de l'hygiène dans les Facultés de médecine en Europe, par M. Wolf Loewenthal. — Paris, 1887, librairie H. Le Soudier.

Voici une étude remplie de renseignements les plus variés sur l'état actuel de l'enseignement de l'hygiène dans les diverses Facultés ou Universités de l'Europe. L'auteur, M. Wolf

Wilhelm Lœwenthal, était bien en situation de mener à bonne fin ce travail. Déjà docteur en médecine de la Faculté d'Heidelberg, professeur agrégé de l'Académie de Lausanne, il a tenu à ajouter à ces titres celui de docteur de la Faculté de Paris. Les documents statistiques abondent dans cette thèse, dont les éléments ont été puisés aux sources les plus autorisées. Nous ne saurions mieux faire que de résumer les conclusions de ce travail :

L'étude de l'hygiène, complément nécessaire des études médicales et indispensable au praticien, est destinée à lui donner par son caractère encyclopédique médical, cette compréhension scientifique qui embrasse l'ensemble de la médecine et en fait une unité organique. Dans ce but, tout étudiant en médecine devrait suivre, vers la fin de ses études, un enseignement dit élémentaire, complet en une année, d'hygiène théorique et pratique, comprenant la partie générale et quelques-uns des chapitres les plus importants de la partie spéciale de l'hygiène (classification d'Arnould). Il convient de séparer de l'enseignement élémentaire de l'hygiène s'adressant aux étudiants vers la fin de leurs études, l'enseignement particulier, destiné à former des hygiénistes-praticiens, s'adressant exclusivement à des élèves qui ont terminé leurs études médicales. Les cours spéciaux et de courte durée, à nombre d'élèves limité, sont mieux adaptés à cet enseignement que les cours annuels et à nombre d'auditeurs illimité. Il serait éminemment désirable d'instituer dans les Facultés de médecine un enseignement d'hygiène régulier, destiné aux étudiants des autres facultés et écoles supérieures non médicales, et notamment aux futurs instituteurs. Cet enseignement comprendrait les principaux éléments de l'hygiène générale et ceux de ses chapitres spéciaux qui se rattachent de plus près à la vie pratique et au but des études poursuivi par ces élèves étrangers à la médecine. Il serait précédé dans tous les cas d'une instruction, sommaire mais solide, en anatomie et physiologie humaines.

C'est méconnaître le caractère essentiellement encyclopédique de l'hygiène, que de vouloir restreindre son enseignement à une seule de ses branches préparatoires, à la bactériologie, par exemple. Il serait désirable que les divers termes des classifications en usage (Hygiene générale de Bouchardat, Hygiène privée et publique, Hygiène individuelle et sociale, etc.), qui donnent souvent lieu à des malentendus, fussent abandonnés en faveur d'une classification unique, se rapportant davantage aux nécessités de l'enseignement.

L'auteur se montre nettement partisan de la classification de M. le professeur Jules Arnould et la préconise. Car d'après M. Lœwenthal, de toutes les classifications celle de l'école classique française serait trop systématique au détriment des exigences pratiques, tandis que celle adoptée par les rédacteurs du « Handbuch » allemand pèche par le côté opposé et ne tient pas assez compte de l'unité organique du sujet. Par contre, la division proposée par M. Arnould (de Lille) lui semble éviter d'une manière très heureuse les deux écueils, sauvegarder mieux et suivre de plus près l'évolution organique de l'hygiène et assurer à son enseignement la méthode la plus pratique.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

Des lipomes intra-musculaires, par M. J. Ribet. Thèse de Paris, 1886.

Quoique exceptionnellement, des lipomes peuvent se développer dans des organes dépourvus à l'état normal de tissu cellulo-adipeux. On a cité leur présence dans les centres nerveux, dans la moelle épinière et enfin dans l'épaisseur des muscles, au milieu même des fibres musculaires.

Les lipomes intra-musculaires, plus fréquents chez l'homme que chez la femme, se développent surtout dans les muscles très actifs, cœur, langue, conturier. D'un diagnostic fort difficile, il faudra mettre à profit les diverses conditions pathogéniques des tumeurs des muscles pour arriver à la vérité. Inutile d'ajouter que le traitement de choix sera l'extirpation.

Le travail de M. Ribet, recommandable à plus d'un titre, est suivi de neuf observations.

Contribution a l'étude des symptômes du mal de Pott au début, par M. Imberdis. — Thèse de Paris, 1886.

Le diagnostic du mal de Pott au début est entouré de réelles difficultés. On hésite souvent à rattacher à leur vraie cause les accidents observés. La triade symptomatique, troubles nerveux, gibbosité, abcès par congestion, toujours la même, est seule caractéristique aux yeux de certains médecins. Il est cependant regrettable qu'on n'ait pas été averti plus tôt, car l'affection est déjà constituée. Or, il existe parmi les phénomènes nerveux qui précèdent les signes tangibles une série d'accidents dignes d'être notés et dont l'action porte tout spécialement du côté de l'appareil digestif. Ce sont tantôt de vraies crises gastriques, tantôt et plus souvent des troubles dyspeptiques vagues, rebelles à la thérapeutique ordinaire, mais heureusement influencées par le traitement dirigé contre le mal vertébral.

Quelques considérations sur l'arthrotomie appliquée au traitement des arthrites fongueuses du genou et du coude et sur son manuel opératoire, par M. A. Fuzerot, — Thèse de Paris, 1886.

L'arthrotomie, l'arthroxésis, l'arthrectomie, sont loin d'être synonymes. Tandis que dans le premier cas on se borne à la taille de l'article, suivi dans le second d'un léger râclage, en ménageant capsules et ligaments, on les sectionne largement dans le troisième, afin de se donner tout le jour nécessaire à l'extirpation complète de la jointure. Les deux observations que rapporte l'auteur sont bel et bien des arthrectomies.

Excellente dans les tumeurs blanches, cette opération est de beaucoup préférable à la résection, puisqu'elle n'intéresse pas le cartilage épiphysaire, véritable cause soit d'atrophie, soit d'hypertrophie consécutive.

L'incision de choix pour le genou sera curviligne, à convexité inférieure, aboutissant par ses extrémités aux tubérosités condyliennes du fémur. Au coudo, il suffira le plus souvent de pratiquer deux incisions de 8 à 10 centimètres sur les bords de l'articulation.

La périostite et l'ostéopériostite consécutive a la fièvre typhoïde, par M. L. Bourgeois. — Thèse de Paris, 1887.

L'inflammation des os s'observe assez fréquemment pendant la convalescence des fièvres typhoïdes ; on a des périostites simples ou suppurées, des ostéopériostites nécrosiques, parfois même des ostéomyélites. Il semble résulter des nombreuses observations rapportées par l'auteur que ces lésions,

d'origine infectieuse sans doute, se montrent plus souvent au printemps et à l'automne qu'en toute autre saison; que, pouvant se rattacher dans quelques cas à un traumatisme antérieur, elles affectent une prédilection marquée pour les adolescents en se manifestant de préférence au membre inférieur gauche, au niveau des points recouverts par une mince couche de parties molles. La guérison est la terminaison habituelle et n'exige pas de traitement spécial.

De la résection du poignet, par O. Chevassu-Perigny. — Th. Paris 1886.

De toutes les résections, celle du poignet semble être le plus en défaveur. Et cependant elle ne fait pas courir au malade plus de dangers que l'amputation, elle ne l'expose pas plus que cette dernière à la généralisation tuberculeuse. Sans doute, ses résultats varient avec la cause de l'affection pour laquelle elle est pratiquée. Mais si peu recommandable qu'elle soit dans les cas de blessures de guerre, exceptionnellement graves et compliquées, elle n'en fournit pas moins de beaux succès opératoires et fonctionnels dans les traumatismes, les luxations compliquées ou irréductibles, les fractures comminutives, les lésions par petits projectiles.

La résection devra être encore préférée à l'amputation dans les tumeurs blanches, à moins d'un envahissement des gaînes tendineuses des muscles extenseurs de la main par les fongosités tuberculeuses, et de l'ouverture de fistules à la face antérieure de l'avant-bras du poignet ou de la main.

La gymnastique des doigts, le massage, l'électricité, les soins consécutifs en un mot à l'opération sont indispensables pour obtenir de bons résultats fonctionnels.

Ch. Amat.

Les livres d'étrennes. — Librairie Hachette : I. Nouvelle Géographie universelle, par Elisée Reclus; vol. XIII : *l'Afrique méridionale*. — II. Nos grandes écoles militaires et civiles, ouvrage illustré de 169 gravures sur bois, par Louis Rousselet. — Bibliothèque des merveilles : III. Les Papillons, par G.-R. Maurice Maindron, ancien préparateur à l'École normale supérieure de travail manuel; — IV. Les merveilles de l'horlogerie, par Camille Portal, ancien élève de l'École nationale d'horlogerie, et H. de Graffigny, ex-rédacteur en chef de la *Science universelle*; — V. Le Pétrole, par W. de Fonvielle; — VI. Ninive et Babylone, par Joachim Menant. — Librairie Hennuyer : VII. Les exploits d'un Arlequin, autobiographie d'un mime, par Raoul de Najac, dessins de F. Lix.

Quitter ses livres spéciaux pour d'autres ouvrages de science ou de littérature est à la fois, pour tout homme d'étude, un repos d'esprit et une distraction. Ceci est si vrai que les savants les plus occupés sont fréquemment ceux qui lisent le plus et se tiennent le mieux au courant du mouvement scientifique en général et du mouvement littéraire. A ce point de vue, aucune publication nouvelle ne saurait rester étrangère ou indifférente aux médecins et, parmi ces publications que chaque année voit éclore, les livres d'étrennes méritent une mention particulière.

I. Quelle est, par exemple, la bibliothèque qui ne s'enrichit pas tous les ans d'un volume de la *Nouvelle Géographie universelle* d'Elisée Reclus? Il est vrai qu'ici il s'agit d'une mine inépuisable ouverte aux savants et aux travailleurs de tout ordre. M. Reclus nous conduit cette année dans l'Afrique méridionale. Il nous sert de guide dans ces vastes contrées, arrosées par le Gabon, l'Ogooué, le Congo et ses affluents, contrées qui, dans ces dernières années, semblent avoir plus que toute autre stimulé le zèle des explorateurs et l'esprit de colonisation des puissances européennes. Plus loin, nous visitons les pygmées et parias de l'Afrique centrale, les Bushmen, de la race des San qui, selon certains anthropologistes, seraient les descendants des premiers occupants de l'Afrique. Plus loin encore, nous parcourons ces grands et riches territoires du Cap qui ont été le théâtre de luttes si sanglantes, soit entre les nations colonisatrices, soit entre celles-ci et les indigènes. De ces luttes, il en est de toutes récentes : il suffit de rappeler la guerre des Zoulous, qui coûta la vie au prince impérial, et celle des Boers (descendants des premiers colons européens) contre les Anglais, qui a abouti en 1884 à la reconnaissance, comme Etat indépendant, du Transvaal ou République Sud-Africaine.

Parmi les peuplades de cette contrée, il est bon de citer les Ba-Souto qui, à l'encontre de ce qui arrive toutes les fois qu'une race sauvage se trouve en contact avec des Européens, ont heureusement traversé, dit M. Reclus, la crise d'assimilation, ont gagné en connaissances, en industrie, et se sont rapidement accrus en nombre. Aussi ont-ils pu conserver en grande partie leur autonomie politique sous la suzeraineté de l'Angleterre.

La description du bassin du Zambèze, le quatrième fleuve de l'Afrique (après le Congo, le Niger et le Nil), de l'île de Zanzibar et du littoral qui lui fait face, de la Somalie et du pays des Galla de l'Est termine ce volume, le dernier qui traite de l'ancien monde continental.

II. « Il n'est pas, dit M. Rousselet au début de la préface de son livre, dans la vie d'un jeune homme, un moment plus grave et plus important que celui où, parvenu au milieu de ses études, il est appelé à se prononcer sur la carrière qu'il aspire à embrasser au sortir du collège. » Beaucoup alors font choix d'une Ecole dont l'examen d'entrée devient leur principal objectif. M. Rousselet a pensé avec raison qu'il serait infiniment utile à ces jeunes gens de leur faisant connaître ce que sont ces grandes Ecoles qui flattent et stimulent leur ambition, quelle en est l'organisation, comment on y vit, quelles sont les traditions, les relations des élèves entre eux et avec leurs maîtres, comment on en sort et quelles voies elles ouvrent. A cet effet, il a imaginé un groupe de camarades de collège qui, entrés chacun respectivement dans une de nos grandes Ecoles nationales, adressent, sous forme épistolaire, leurs impressions à un de leurs camarades. C'est ainsi que le lecteur fait successivement connaissance avec l'Ecole navale, l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, l'Ecole polytechnique, l'Ecole centrale des arts et manufactures, l'Ecole des beaux-arts, l'Ecole de médecine, l'Ecole de droit, l'Ecole normale supérieure, l'Ecole forestière. De nombreux dessins, des portraits dont on reconnaît facilement les originaux, ajoutent à l'intérêt de ces descriptions, de ces impressions dont le style simple, facile, rend la lecture du livre des plus attrayantes.

III. Le livre de M. Maindron sur les papillons est avant tout, suivant l'auteur lui-même, un ouvrage de vulgarisation « destiné à donner le goût de l'histoire naturelle à la jeunesse, à lui aplanir les difficultés pratiques des premiers débuts. » Après avoir décrit l'aspect extérieur et la disposition orga-

nique des papillons, M. Maindron étudie leurs métamorphoses, puis fait connaître les divers procédés propres à la chasse, à la préparation des papillons, au rangement des collections, à l'élevage des chenilles, etc. Les derniers chapitres sont consacrés à la description des différentes espèces de papillons rangées sous trois grandes classes: les Rhopalocères ou diurnes, les Hétérocères ou nocturnes, les Microlépidoptères.

IV. Avec MM. Camille Portal et H. de Graffigny, nous abordons un sujet qui paraît bien restreint, bien spécial, mais qui touche à la fois à la science, à l'art, à l'industrie et montre ainsi le développement progressif de l'esprit humain. Il y a loin, en effet, du gnomon primitif fourni par la nature (un simple palmier sur un sol uni) à nos instruments de précision d'aujourd'hui (chronomètres, horlogerie électrique ou pneumatique), en passant par les gnomons construits par la main de l'homme (obélisques, colonnes, etc.), les cadrans solaires, le sablier, la clepsydre, les horloges à poids du moyen âge, etc., etc. Ajoutons que l'horlogerie donne un précieux concours non seulement aux sciences d'observation comme l'astronomie, la météorologie, mais encore aux sciences expérimentales, entre autres à la physiologie : il suffit de rappeler les appareils enregistreurs.

V. Le pétrole n'est pas seulement une source de lumière et de chaleur : il reçoit une foule d'applications aux usages domestiques, à l'industrie, aux arts, à la médecine, soit par lui-même, soit par les substances qui en dérivent. Le livre que lui a consacré M. W. de Fonvielle présente donc un grand intérêt pour tout le monde. Les applications du pétrole, dont quelques-unes sont d'invention toute moderne, ne laissent pas de remonter à une haute antiquité puisque, d'après la Bible, Noé avait enduit de pétrole les bois ayant servi à la construction de l'arche, afin de les protéger contre l'action désorganisatrice de l'eau. Le pétrole servait en Egypte à la préparation des momies. La grotte de Cumes, où la Sybille, du haut de son trépied, rendait des oracles si redoutés, ne devait ses émanations qu'à une source de pétrole. Ninive, Babylone, et, bien longtemps avant, la tour de Babel, auraient été construites avec une sorte de ciment résultant de la solidification du pétrole par l'action de l'air. On voit, par ces quelques faits, que même au point de vue historique et archéologique, le livre de M. de Fonvielle est des plus intéressants.

Mais la partie industrielle, comprenant l'exploitation des sources de pétrole, surtout aux Etats Unis, est certainement celle qui captivera le plus l'attention du lecteur.

VI. Nous venons de citer Ninive et Babylone : M. Joachim Menant a consacré un volume de la Bibliothèque des Merveilles à faire revivre ces deux grandes villes de l'antiquité dont la première, suivant son opinion, était une ville disparue, et la seconde une ville oubliée. Il rappelle les légendes, les notions historiques qui les concernent, les explorations dont leurs ruines ont été l'objet à différentes époques, et cherche ainsi à remonter du présent au passé pour pénétrer et mieux comprendre ces anciennes civilisations. De nombreuses gravures, reproduisant différents monuments, œuvres d'art ou objets découverts par les fouilles, concourent à éclairer le texte et à justifier les inductions archéologiques tirées par l'auteur.

VII. Nous signalerons, en terminant cette revue, à ceux de nos lecteurs qui aiment les œuvres artistiques en fait de typographie et d'illustrations, les *Exploits d'un arlequin*, par Raoul de Najac, dessins de F. Lix : ce volume fait le plus grand honneur à l'imprimeur-éditeur, M. Hennuyer.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT ET L'UNION MÉDICALE DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Nous avons, dans un précédent numéro, entretenu nos lecteurs de l'UNION MÉDICALE DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS DE LA SEINE et de sa tentative d'exploitation du corps médical. Cette tentative, il faut l'espérer, échouera misérablement. La Société médicale du XVIIe arrondissement vient de donner aux autres Sociétés d'arrondissement au sein desquelles les questions professionnelles sont constamment à l'ordre du jour, un exemple qui sera certainement suivi, en condamnant les agissements de la nouvelle Association par la délibération suivante :

« La Société médicale du XIIe arrondissement, dans sa séance du 28 décembre 1887, après avoir pris connaissance d'une circulaire adressée aux médecins par l'UNION MÉDICALE des Sociétés de secours mutuels de la Seine,

« Considérant que les conditions imposées aux médecins par cette Association sont préjudiciables à l'intérêt bien compris des malades et incompatibles avec toute sorte de dignité professionnelle, décide, à l'unanimité, qu'il n'y a pas lieu de délibérer sur un tel projet et passe à l'ordre du jour. »

Nous savons, d'autre part, qu'un accord parfait ne règne pas précisément entre les membres du conseil d'administration de l'UNION. Il est donc permis de considérer ce fameux projet comme mort-né. Il ne méritait pas d'autre sort.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans une lettre qu'il a envoyé lundi dernier à l'Académie, M. Pasteur déclare que sa santé, déjà fortement compromise, vient de recevoir une nouvelle atteinte, et qu'il lui paraissait impossible de continuer à remplir ses fonctions de secrétaire perpétuel; il prie l'Académie de vouloir bien accepter sa démission.

M. Larrey, après la lecture de la lettre de M. Pasteur, a pris la parole et a déclaré qu'au seul point de vue médical, sans compter tous les autres, il convenait de ne pas accepter la démission de M. Pasteur, car la décision des membres de l'Académie pourrait laisser croire à leur illustre collègue qu'ils partagent les mêmes craintes que lui pour sa santé.

L'Académie a donc décidé que M. Pasteur continuerait à garder le titre de secrétaire perpétuel et que ses fonctions seraient remplies par intérim.

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois de novembre dernier, 115 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

28 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par inoculation du bulbe ou par le développement de la maladie chez des personnes ou des animaux mordus en même temps ;

64 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par des observations vétérinaires ;

23 ont été mordues par des animaux suspects.

Aucune nouvelle de décès n'est parvenue à l'Institut Pasteur.

MADRID. — Au mois d'avril prochain, un Congrès s'ouvrira à Madrid sous les auspices de la Société gynécologique espagnole. Il comprendra trois sections : obstétrique, gynécologie et maladies des enfants.

UNE SÉANCE DE VACCINATION AU SÉRAIL DE STAMBOUL. — *L'Indian Medic. Gaz.* du mois dernier rapporte que 150 femmes du sérail du sultan à Constantinople viennent d'être vaccinées. L'opération eut lieu dans une vaste salle, sous la surveillance de deux gigantesques eunuques.

Le médecin italien qui fut chargé de ce soin fut placé devant un large paravent au milieu duquel on avait percé un trou juste suffisant pour laisser passer un bras. C'est ainsi que le vaccinateur vit passer sous ses yeux une série de bras de couleur et d'apparence très variables. Il lui était naturellement impossible d'apercevoir ses patientes; mais pour éviter même la possibilité d'un regard indiscret à travers l'ouverture du paravent, les deux eunuques lui recouvraient la face d'un voile épais dès qu'il avait terminé ses piqûres sur un bras et ne l'enlevaient qu'après l'apparition d'un nouveau bras à travers l'écran protecteur.

(*Bulletin médical.*)

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Dally, professeur à l'École d'anthropologie, ancien président de la Société d'anthropologie, qui vient de succomber, à l'âge de 54 ans, à une longue et douloureuse maladie. Il est l'auteur d'importants travaux sur l'orthopédie, l'hygiène scolaire et l'anthropologie. Esprit original, parfois un peu paraxozal, notre confrère aimait la discussion et prenait volontiers l'offensive, mais sans blesser ses contradicteurs. C'était un bon collègue, un charmant camarade, et sa mort laisse de profonds regrets parmi tous ceux qui l'ont connu.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 5 janvier 1888. Il sera clos le samedi 21 janvier, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12 et vendredi 13 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat. — Deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les samedi 14, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 janvier.

La 14e inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie du deuxième examen (Physiologie).

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté. Il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du vendredi 13 janvier.

Avis spécial à MM. les Internes et Externes des hôpitaux.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne, d'externe, pendant le premier trimestre 1887-1888. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique a adopté un projet de décret relatif aux programmes des concours pour les emplois de suppléant de pharmacie et de matière médicale dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie. En vertu de ce décret, la leçon de chimie est remplacée par une leçon de matière médicale.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Commandeurs. — M. Védrènes, médecin inspecteur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée; MM. Chabert, Badour, Vallin, Teinturier, Baldy, Cothon, médecins principaux de 1re classe.

Officiers. — MM. Potain, professeur à la Faculté de médecine; A. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine; Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes; Colin, professeur honoraire des écoles vétérinaires; Nogier, médecin principal; Dupré, professeur à la Faculté de Montpellier; Fontan, médecin principal de la marine; les médecins de 1re classe de la marine : Bohan, Cantellauve, Roux, Pascalis, Léo, Taillotte, pharmacien de 1re classe de la marine.

Chevaliers. — MM. Quinquaud, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux; Landouzy, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux; Beurnier, médecin en chef de l'hôpital de Montbéliard; Frédet, professeur suppléant à l'école de Clermont; Peulevé, professeur à l'école d'Amiens; Lépine, professeur à la Faculté de Lyon : Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de Paris; — les docteurs Robin, conseiller général de la Vendée; Coillot, de Vesoul; Cayrol; Leindre; Felz; — Renard, médecin-major au 59e; Melnotte, médecin au 109e; Lucas, médecin-major au 64e; Baiby, médecin-major au 66e; Dissaux, médecin-major au 73e; Maugenot, médecin-major au 30e; Goubeau, médecin-major au 27e; Lefort, médecin-major; Prestat, pharmacien-major; — Blanc, médecin-inspecteur de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains.

Mme Terme (en religion sœur Yacinthe), supérieure de l'hôpital d'Hanoï; services exceptionnels rendus depuis quinze ans à la Martinique et au Tonkin. A fait preuve pendant plusieurs épidémies cholériques du plus entier dévouement.

— Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Gasne, Gueil-Dessus, Malterre, Laboulbène, G. Bouchardat, Mangenot (de Paris), Bryon (de Ligny-en-Barrois), Gobert (de Campet-et-la-Molère), Delabost (de Rouen), Padieu (d'Amiens), Rollet (de Lyon), Spillmann (de Nancy), Trastour (de Nantes), Thouvenet (de Limoges) et Védrine (de Versailles).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Benoît, du Martouret, Denouh, Filiatreau, Goureau, Laurand, Marcet, Suss, Gages, Bonnet, Ribemont-Dessaignes, Landouzy, Quinqueton, Piogey, Villejean (de Paris), Tripier, Fochier, Icard (de Lyon), Rohmer (de Nancy), Leloir, Lambling (de Lille), Bernard (d'Amiens), Ledouble (de Tours), Lhuissier (de Rennes), Charpy (de Toulouse), Deroye (de Dijon), Donnezan (de Perpignan), Lefour, Péry (de Bordeaux), Rey (d'Alger), Laget (de Marseille), Fabreguette (de St-Chamond), Morel (de Campagne-lès Hesdin), Tournatoire (de Pertuis), Speckhahn (de Reuwez), Pagnier (de Noisy-le-Grand), Mauny (de Mortagne), Lemoine (de Granville), Lapeyre (de Savigny-sur-Braye), Lalesque (d'Arcachon), Hugonneau (de Saint-Mathieu), Guyochin (de Nitry-Nory), Gauthier (de Charolles), Durand (d'Arcueil), Duhoureau (de Cauterets), Couyba (de Ste-Livrade), Colard (d'Ornans), Cohadon (de Vichy), Clochepin (de Beauvais), Billot (de Corrèze), Bertheau (de Pouancé), Aillaud (de La Ciotat), Bouthet des Gennetières (de Tonnay-Charente), Danjon (de Boulogne-sur-Seine), Porcher (de Chablis), Prengrueber (de Palestro), Belleau, Nogier, Pascal et Villedary, médecins militaires.

— La décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. les

docteurs Ferry de la Bellone (d'Apt) et Gaucher (d'Aïn-Témouchent).

Bordeaux. — MM. les docteurs E. Monod et J. Courtin ont été nommés après concours médecins des hôpitaux.

Le Havre. — M. le docteur Lafosse a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Thierry. La saignée dans les affections organiques du cœur et de l'aorte. — M. Leflaive. Rhino-bronchite annuelle. — M. Aubry. La contagion du meurtre (Etude d'anthropologie criminelle). — M. Marchoux. Histoire des épidémies de fièvre typhoïde dans les troupes de la marine de Lorient. — M. Rousselin. Des corps mobiles articulaires.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 25 au samedi 31 décembre 1887

Fièvre typhoïde 60.—Variole 3.— Rougeole 14.— Scarlatine 6. — Coqueluche 6.— Dipthérie, croup, 37 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 187.— Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 5. — Méningite 33. — Congestion et hémorr. cérébr. 58. — Paralysie 8. — Ramollissement cérébral 16.—Maladies organiques du cœur 69.— Bronchite aiguë 42. — Bronchite chronique 43. — Broncho-pneumonie 34.— Pneumonie 49. — Gastro-entérite : Sein 15. — Biberon 32. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 1. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 26. — Sénilité 39. — Suicides 12. — Autres morts violentes 19. — Autres causes de mort 181. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine : 1070 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Etude des localisations angio-cardiaque typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées, par MM. Landouzy, agrégé de la Faculté, et A. Siredey, chef de clinique de la Faculté. — Paris, 1887, Félix Alcan, éditeur.

Souvenirs cliniques concernant quelques maladies ou indispositions habituelles qu'il est parfois prudent de respecter, par M. le professeur Sirus-Pirondi, chirurgien consultant des hôpitaux de Marseille, correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie. — Marseille, 1888, typographie Barlathier-Feissat.

La théorie du microzyma et le système microbien, par M. A. Béchamp, ancien professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine.— Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. — N° 2 — 14 JANVIER 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

FISTULE VÉSICO-VAGINALE OPÉRÉE SELON LA MÉTHODE AMÉRICAINE ET FISTULE VÉSICO-URÉTHRO-VAGINALE OPÉRÉE PAR AUTOPLASTIE. — GUÉRISON, par le docteur G. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Julie H..., d'un petit village près d'Hesdin, 33 ans, petite, mais vigoureuse et d'une bonne santé habituelle, a eu cinq couches, dont deux ont nécessité des applications de forceps. Un seul enfant a survécu : une fillette, âgée aujourd'hui de douze ans, dont la naissance n'a eu aucune conséquence fâcheuse pour sa mère.

A sa quatrième couche, mai 1884, d'après son récit, corroboré par le mari, le docteur X..., qui l'assistait, ayant vainement tenté une application de forceps sur la tête, dévissa le bouton qui coiffe la branche mâle et essaya de harponner le fœtus. Un grand nombre de fois il dérapa et, avec ce crochet aigu, il laboura la lèvre antérieure du col, la cloison vésico-vaginale et l'urèthre.

Dès qu'il eut fini d'extraire le fœtus par lambeaux, il pendait hors de la vulve un morceau de chair que le mari prétend pouvoir estimer plus long que 10 centimètres et que le médecin repoussa dans le vagin.

Malgré cet effroyable traumatisme, les suites de couches ne furent pas trop graves. An bout de trois semaines, la patiente se levait; mais elle ne pouvait faire que quelques pas, courbée en deux, péniblement appuyée sur un bâton et sans cesse inondée d'urine, aussi bien dans le lit que debout. Dans ce triste état, elle redevint grosse, et accoucha en octobre 1885, après deux heures de travail, d'un enfant de 7 mois et demi à 8 mois, qui ne vécut que trois jours.

Son accoucheur tenta, par huit opérations successives, de guérir cette répugnante infirmité, mais sans succès. Elle vint me trouver à la fin d'octobre 1886, et je constatais l'état suivant :

Le haut des cuisses est couvert d'érythème occasionné par le contact incessant des urines qu'elle ne peut retenir, ni couchée, ni debout. Elle marche avec assez de peine, les jambes écartées. En la mettant dans la position de la taille, les jambes relevées, on voit tout d'abord une tumeur proéminant entre les grandes lèvres et faisant penser, à première vue, à une cystocèle volumineuse. Mais, en écartant les lèvres avec les doigts, on s'aperçoit que cette tumeur flasque, aplatie, presque ronde, d'environ quatre centimètres de diamètre, est mobile et n'adhère que par un petit pédicule d'un centimètre de large inséré en haut, à droite de la femme, immédiatement en dessous et un peu en arrière du méat urinaire. Cette tumeur fait penser au grand morceau de chair qui, au dire du mari, sortait de la vulve de suite après l'accouchement, et qui fut repoussé dans le vagin par le médecin; il est permis de croire qu'il représente ce qui reste de la cloison vésico-vaginale arrachée par le crochet aigu et, qu'étant suffisamment

FEUILLETON

ETUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Les Tableaux d'avancement. — Classement par les généraux en général discutable. — L'Avancement des Pays chauds. — L'Avancement du Boulevard. Causes de ces jauges diverses et confuses. — La 6e réorganisation du Val-de-Grâce. — Une chaire de Législation. — Le Cours « Bdugé ». — Souvenirs du Val-de-Grâce vieux style. — Le casernement du Directeur. — Grandeur et décadence de l' « Aptitude ». — Sa longue portée posthume — Les « Crampons d'Annuaire ». — Le Brevet supérieur. — Inférieur au Concours et au classement publics pour l'Avancement. — Meilleur recrutement des infirmiers. — Autonomie complète du Corps de santé — La Giberne « orphonique ». — Première mise d'équipement des médecins de « Réserve et de l'Armée territoriale ». — L'Unification des soldes.

I

Janvier est dénommé le mois des *Tableaux d'avancement*, parce qu'ils sont toujours promis pour décembre.

Nous allons dire quelques mots de ces avancements un peu divers. A l'heure actuelle, les commandants de corps d'armée et leurs deux divisionnaires, presque tous de l'arme de l'infanterie, classent les médecins comme les pharmaciens, les ingénieurs, les intendants, les officiers d'administration comme tout le monde. Cela suppose une variété de connaissances qui n'est pas vulgaire et dont on n'a peut-être pas assez vérifié la possession encyclopédique.

Sans doute on ne prête qu'aux riches et, à peine emménagés au Corps d'armée ou à la Division, nos généraux n'ont d'autre hâte que de piocher le Dictionnaire de Nysten; mais cet effort, même à se rendre idoines fiévreusement, implique quelque insuffisance.

J'ai, en personne, été « métré » à cette toise simili-technique par le commandant d'un de nos corps d'armée du Midi dont on ne peut apprécier ici la compétence en fait de génie de vivres-viandes ou de pharmacie, mais qu'il m'est bien permis de retenir pour la Médecine.

Il ne m'en voudra pas, sa notoriété étant grande par ailleurs, si j'affirme qu'il fallait fortement le saisir pour le retenir par là.

Certes le médecin Directeur l'assiste; il y a aussi les notes du

nourri par son pédicule, il a eu le chance de ne pas se sphacéler; toutefois il est flasque, recouvert d'une muqueuse indolaire, et ne paraît donc que d'une vitalité restreinte. Le canal de l'urèthre n'existe plus; il ne reste du méat urinaire qu'un pont large de 4 à 5 millimètres, taillé en biseau aux dépens de la muqueuse vaginale, si bien qu'à 2 millimètres de l'orifice externe il ne paraît plus formé que par la muqueuse vésicale. Immédiatement en arrière, le doigt pénètre dans un vaste entonnoir dirigé de bas en haut et d'avant en arrière, laissant facilement passer le pouce et conduisant directement dans la vessie. Cet entonnoir est orienté un peu à droite par rapport à l'axe du corps, un tiers à peine de l'ouverture s'ouvrant dans la ligne médiane. En sortant de cette énorme brèche et en poursuivant l'examen, le doigt rencontre, lui faisant suite, un raphé cicatriciel d'environ un centimètre et demi de long, incliné vers la gauche et gagnant la ligne médiane, puis un second entonnoir permettant d'introduire la pulpe de l'index, d'un diamètre antéro-postérieur d'environ deux centimètres et conduisant également dans la vessie. Enfin, en arrière de ce trou, en faisant presque partie, se trouve le col utérin, profondément déchiqueté, séparé en trois tronçons et comme agglutiné par des bandes cicatricielles à ce qui avait été le cul-de-sac antérieur.

Je la fis venir à Boulogne-sur-Mer, où je l'opérai après trois jours consacrés à la préparer et à désinfecter le vagin au moyen d'injections de liqueur de Van Swieten coupée de moitié d'eau tiède.

Mon plan opératoire était de faire d'abord la fistule postérieure selon la méthode américaine; puis, dans la même séance, de fermer la fistule antérieure par autoplastie, en utilisant pour cela le grand lambeau flottant pédiculé à droite, au-dessous du méat, comme il a été dit plus haut. La brèche était trop large pour qu'il fût possible d'appliquer la méthode américaine; il eût fallu exercer une traction trop forte sur les fils qui auraient coupé les tissus, d'autant plus que les lèvres de la fistule étaient assez minces et en grande partie formées de cicatrices faciles à déchirer. A un autre point de vue, en me servant de ce lambeau formé par les débris de l'urèthre et de la cloison vésico-vaginale, j'espérais que les fibres musculaires qu'il pouvait encore renfermer serviraient, par leurs contractions, à remplacer jusqu'à un certain point le sphincter absent et aideraient à retenir l'urine dans la vessie : le résultat a été conforme à mes espérances.

L'opération fut faite le 8 novembre 1886, avec l'assistance de MM. Deseille, Dutertre, Harvey et de Mlle Monvoisin, sage-femme. La malade ayant été chloroformée, le vagin et toutes les parties externes ayant été soigneusement lavés avec une solution antiseptique, elle fut mise dans la position de la taille. Le col, saisi avec des pinces de Musèux, fut amené à la vulve par des tractions modérées, et, les aides écartant les grandes lèvres et la fourchette, la fistule la plus profonde fut rendue accessible. Voulant être bien certain qu'aucun des uretères n'était dans la fistule, je perdis ici un peu de temps à m'assurer qu'ils étaient en dehors du champ opératoire, puis je fis un avivement large environ d'un centimètre aux dépens de la muqueuse vaginale et, au moyen de cinq points de suture au fil d'argent, j'affrontai exactement les surfaces cruentées.

Chaque point de suture pénétrant dans la muqueuse vaginale à 5 millimètres du bord de la plaie, cheminait parallèlement à la surface cruentée, en arrière d'elle, pour sortir juste en dessous de son point de réunion avec la muqueuse vésicale et accomplissait le même trajet en sens inverse dans la partie correspondante de l'autre lèvre de la plaie. Au lieu de couper les fils au ras des sutures, je les réunis en un faisceau entouré de protective et je les ramenai vers l'aine gauche.

Laissant alors remonter le col, j'avivai tout le pourtour de l'énorme brèche vésico-uréthro-vaginale en enlevant environ un centimètre de la muqueuse vaginale; puis, continuant mon avivement, je lui fis faire le tour du lambeau en respectant toutefois le pédicule que, par crainte de sphacèle, je n'avivai que très superficiellement, ainsi que les débris du méat, contre lequel devait s'appliquer cette partie. Dix points de sutures profondes au fil d'argent, comprenant toute l'épaisseur de la surface cruentée et un peu de la muqueuse vaginale, mais s'arrêtant immédiatement en arrière de la muqueuse vésicale, et cinq sutures superficielles au catgut, remirent le lambeau en place et obturèrent hermétiquement la fistule. A ce moment, la malade ayant été prise d'envies de vomir, fit des efforts, et j'eus la satisfaction de lui voir lancer un jet d'urine par le méat restauré. Les fils, traités comme les premiers, furent ramenés vers l'aine droite.

Le vagin remis en place, j'y fis une injection antiseptique. Je m'assurai, avec le doigt graissé de vaseline iodoformée, que

---

Médecin Inspecteur, un dossier, des rouleaux de notes d'inspections antérieures; mais tous ces papiers ne me rassurent qu'à demi contre la prépotence d'un général tenace en ses desseins.

Qui n'a rencontré au bon vieux temps un Intendant inspecteur, melliflu comme tous et développé de ceinture, comme la plupart objecter : « Certes, je ne suis pas médecin, mais je pense que... » Voilà le diable, c'est qu'il pensait que...

Et il ne faisait pas bon penser autre chose.

Un certain nombre de lettres amies nous affirment qu'en fait d'avancement, quelques médecins Directeurs de corps d'armée n'osent guère penser autre chose.

En sorte qu'on est classé un peu moins parce qu'on connaît sa pathologie que parce qu'on connaît des généraux (1).

***

En dehors de ces appréciations « générales » et un peu flottantes, il y a l'avancement *des Pays chauds*.

On remarque qu'arrivés à des moments psychologiques fort connus où ils peuvent être proposés fructueusement, certains médecins sollicitent une nomination aux Pays chauds avec un enthousiasme — tout à fait exempt d'étourderie.

Je ne parle pas de quelques aventureux, et des meilleurs, qui sont uniquement séduits par la gloire, mais de ceux qu'on appelle de façon amusante, comme s'il y avait au bout de la carrière un bâton de maréchal ou la page d'airain de l'Histoire — les *ambitieux*.

Certes, il y a quelque mérite en ces voyages au long-cours, et le nombre des morts, parmi lesquels le si regretté Zuber, montre qu'il y a du péril en la demeure; mais, en 1870, il y avait également péril, et un ennemi tout aussi sauvage dans sa civilisation, et des médecins tués ou blessés et des luttes touchant de plus près au sein même de la Patrie.

Cependant, en dehors de Paris — où l'on décore toujours beau-

(1) Le classement se fait par une Commission régionale (le général du Corps d'armée et ses divisionnaires), puis il est revisé par la Commission supérieure : généraux commandant les corps d'armée, général commandant le gouvernement de Paris et, depuis la décision récente du 19 octobre, généraux composant le Conseil supérieur de la Guerre. Cela manque à première vue de médecins.

tout était bien et, au moyen d'une sonde à double courant, je lavai la vessie avec une solution d'acide borique tiède. Pas une goutte ne passa par le vagin qui fut alors bourré de gaze iodoformée; la sonde sigmoïde de Sims fut installée; la vulve fut recouverte de gaze iodoformée et d'un imperméable, et la malade fut reportée dans son lit. Sept quarts d'heure s'étaient écoulés depuis le début du chloroforme jusqu'à ce que la malade fut remise au lit.

Au début du chloroforme, dans un effort de vomissement, l'opérée avait rendu un énorme ascaride par la bouche.

La journée du 8 fut bonne, sauf quelques nausées résultant du chloroforme. Le soir, la sonde fonctionnait moins bien, du mucus bouchait les orifices; la patiente fut prise d'envies d'uriner très pénibles. Il suffit de nettoyer la sonde pour que l'urine s'écoulât librement par elle comme pendant la journée; toute gêne disparut. Pouls 76, température 37,2. En otant et en remettant la sonde on sentait qu'elle forçait un peu sur les sutures du méat, qui ne tenaient que légèrement, l'étoffe manquant et les anses des fils ne comprenant qu'une très petite portion de tissus. Pendant la nuit, la malade vomit encore un ascaride.

Le 9, l'urine coule toute entière par la sonde, qu'il est nécessaire de nettoyer matin et soir à cause des mucosités qui l'encombrent. La malade mange, n'accuse aucun malaise; le soir le pouls monte à 82 et le thermomètre à 37,4. C'est la plus haute température qu'elle ait jamais eue.

Le 10, même chose que la veille, les tampons du vagin sont secs et sans autre odeur que celle de l'iodoforme. Pas une goutte d'urine ne se perd dans le lit, mais il est nécessaire de nettoyer la sonde matin et soir, car les trous sont bouchés par du mucus et, dans ce cas, la malade se plaint de vives envies d'uriner.

Le 11, l'urine déposant toujours et obstruant la sonde, il est fait un lavage de la vessie avec une solution tiède d'acide borique, au moyen d'une sonde à double courant. La malade en accuse un grand bien être et le soir l'urine est beaucoup plus claire.

Le 12, état aussi satisfaisant que possible; nouveau lavage de la vessie; l'urine est, le soir, presque normale comme limpidité.

Le 13, la malade ayant accusé quelques coliques, on lui administre un lavement qui procure une selle copieuse contenant deux ascarides. Chaque jour, j'insufflais de la poudre d'iodoforme dans la vulve, qui n'exhalait aucune odeur, malgré le séjour prolongé des tampons. En retirant et en réintroduisant la sonde matin et soir, au moment où elle traversait le méat, elle frottait sur un fil d'argent; en ce point la suture semble avoir manqué et le poids de la sonde paraît même avoir séparé le débris de méat de ses attaches les plus faibles à gauche. Cela est certainement le résultat du poids de la sonde et de son passage fréquent; malheureusement il était impossible de l'éviter.

Le 14 et le 15, même état très satisfaisant.

Le 16, les tampons sont retirés, ainsi que tous les fils de la suture d'argent. La fistule profonde est reprise toute entière. A la fistule inférieure, le large lambeau avivé et placé pour le boucher a repris dans tout son pourtour; il est adhérent partout, sauf tout-à-fait en avant. au niveau du méat. En ce point les débris du méat ont cédé sous le poids de la sonde, ne sont plus adhérents qu'à droite et ne se sont pas réunis à l'extrémité antérieure du lambeau. Par suite, le nouveau méat, constitué par l'extrémité antérieure du lambeau, est un peu reporté en arrière et reste un peu large. Des tampons de gaze iodoformée ayant été replacés dans le vagin, la vulve est saupoudrée d'iodoforme, et la sonde à demeure ayant été remise en place, la malade est reportée au lit. Le soir, toute l'urine a coulé par la sonde, pas une goutte ne souille la ouate placée sur la vulve.

Le 17, état parfait, la sonde n'est plus changée qu'une fois par jour.

Le 19 au matin, les tampons vaginaux sont retirés et, après une injection antiseptique, l'état des parties opérées est vérifié avec le doigt et au moyen de la valve de Sims, la femme étant dans la position genu-pectorale. On voit toutes les lignes cicatricielles bien formées et bien solides, et le doigt ne découvre aucune fissure : le succès est donc complet. La femme est laissée libre, sans tampons, sans sonde, avec l'autorisation de se lever un instant. Dans la journée, elle a pu retenir ses urines, mais tous les six quarts d'heure environ elle était obligée d'uriner ; si elle tardait trop à obéir à son besoin, elle perdait quelques gouttes par le méat. Quand elle urinait, c'était par un jet projeté en avant avec une certaine force et dépassant même souvent le bord du bassin. Les jours suivants elle put garder ses urines plus longtemps, jusque quatre

---

coup et de bien des façons — on n'octroya que quelques croix clairsemées.

La 7e Direction craint peut-être de ne pas trouver de volontaires. Qu'alors elle établisse un *tour*, ce tour justicier qui devrait exister pour la peine comme pour l'honneur, pour les colonies comme pour Paris, ce tour qui aurait pour avantage immédiat d'équilibrer les majors de première classe n'ayant jamais vu l'Afrique (il y en a) et leurs camarades qui l'ont « broussaillée » huit ou dix années, pour avantage aussi de mettre un terme aux enthousiasmes à froid baissant dès le grade obtenu et aux vocations de classement.

Enfin, équité dernière, ce tour eût interdit au feu Directeur, qui eût dû se montrer d'autant plus ménager de sa vigueur qu'elle était d'une facilité banale, la relégation aux colonies, comme un simple récidiviste, de tel ou tel de nos camarades prévenu d'initiative (chose grave) d'avoir publié (chose plus grave) un bon livre (ce qui est démesurément grave).

Certes, le Corps de santé militaire qui, au Tonkin comme en Crimée, a été le plus éprouvé des Corps d'officiers de toutes armes, a bien mérité de la Légion d'honneur qu'il honore.

Et qu'on eut pu mettre en sa place sur bien des poitrines vaillantes, d'une main plus ouverte sans qu'elle devint prodigue.

Mais, pour les grades, il surgit des doutes.

La chaleur contraint à une sieste physique — et peut-être même un peu intellectuelle en quelquescas; la disette obligée des Facultés, des livres et des leçons des Maîtres, ne constituent que difficilement des preuves convaincantes de capacité clinique. Puis on se demande ce qu'il faudrait réserver de distinctions et de brevets pour la prochaine guerre patriotique de l'Est — au cœur même — où les masses d'hommes d'armes perfectionnées d'artillerie, de périls pour tous par conséquent, seront tout autres.

Ce qu'on devrait réserver surtout à nos distingués confrères de la Réserve et de l'Armée territoriale qui courront mêmes dangers, pour ainsi dire intérimairement et sans bénéfices de carrière.

Cela exigerait presque des statues. Et, bien que nous vivions à un âge de bronze qui s'en montre spécialement fécond, on n'ira pas jusque-là. On n'oserait.

***

Mais le troisième mode d'avancement paraîtra peut-être encore moins équitable : c'est l'avancement d'*office*.

heures; la nuit elle était réveillée par la sensation d'un besoin d'uriner et pas une goutte ne s'échappait dans le lit, mais debout le résultat était un peu moins satisfaisant : dès qu'elle était fatiguée quelques gouttes tombaient par le méat.

Le 26, apparition des règles, qui durent jusqu'au 29. Elle continue à aller très bien, et se déclare fort satisfaite du résultat obtenu. Les fistules étaient bouchées complètement et hermétiquement.

C'était tout ce qu'on pouvait attendre de l'opération : le succès était complet, surtout étant donné les huit tentatives antérieures. Au point de vue de la guérison, restait un petit desideratum : debout et fatiguée, l'opérée ne pouvait pas toujours retenir ses urines, mais le sphincter de la vessie n'existant plus, il était impossible d'en improviser un de toutes pièces. Avec le temps, la vessie devait devenir plus tolérante, et le lambeau, formé de l'ancien septum vésico-vaginal, que j'avais remis en place, devant renfermer des fibres musculaires, il était permis d'espérer qu'elles se contracteraient et pourraient, jusqu'à un certain point, remplacer le sphincter. En attendant, j'essayai d'y suppléer au moyen d'un anneau de M. Dumontpallier, dont la pression modérée devait contribuer à effacer le calibre de l'urèthre nouveau. Cet artifice me donna peu de résultat.

La femme, encouragée par le succès de la première opération, insistait pour que je fisse encore quelque chose pour elle. Je cédai, et, le 30 décembre, utilisant les débris du méat, je tentai de le remonter un peu en avant et de le rétrécir. Pour cela, j'avivai la partie inférieure du vestibule à gauche, la partie antérieure du lambeau lui faisant suite et, en remontant à droite et en haut, ce qui restait du pont ayant formé le méat, et qui n'était plus adhérent qu'à droite. Cela fait, j'affrontai les surfaces cruentées au moyen de quatre points de suture à la soie phéniquée, que je choisis grosse afin d'éviter de couper les tissus peu épais, et offrant peu de résistance. Comme pansement, j'insufflai de la poudre d'iodoforme, et la femme fut remise au lit, sans sonde, mais avec la recommandation de ne pas résister au besoin d'uriner et d'y obéir de suite, dès qu'il se ferait sentir.

Les suites de l'opération furent des plus simples, mais le succès fut incomplet.

Les deux points de suture inférieure reprirent par première intention. Les deux points latéraux manquèrent, de sorte que l'extrémité du méat, au lieu de former un conduit, représente assez bien un petit volet d'environ 5 millimètres de hauteur, fixé à droite et en bas, mais libre à gauche.

Cette seconde opération, imparfaite comme résultat, au point de vue de la forme, a été excellente au point de vue de la fonction. La femme H... a commencé par pouvoir conserver ses urines une partie de la journée et à ne les laisser échapper involontairement que vers le soir, quand elle était fatiguée; depuis, elle a encore gagné, car son mari m'écrivait, à la date du 15 février :

« Depuis la dernière époque (6 février), elle a été huit jours sans perdre ses urines involontairement; seulement, elle urine plus souvent qu'autrefois..... Elle a été, le 9 courant, à Herdin (à 8 kilomètres), pour la première fois, et elle ne s'est pas sentie de son voyage; et elle est revenue toujours sèche, quant aux urines. » (Je copie textuellement.)

Depuis, il lui arrive encore, parfois, de perdre quelques gouttes d'urine, surtout à la fin de la journée, quand elle est fatiguée; mais puisque les fibres musculaires contenues dans le lambeau remis en place ont repris assez de contractilité pour lui permettre de passer huit jours n'urinant qu'à volonté et sans perdre une goutte dans l'intervalle des mictions, le succès complet est assuré, tant au point de vue de la forme qu'au point de vue de la fonction. Ces fibres musculaires ne peuvent que gagner en puissance, et, dans peu, elles arriveront à remplacer le sphincter d'une manière complète et permanente.

Remarques sur l'observation précédente, par le docteur S. Pozzi.

Mon excellent confrère le docteur Houzel a bien voulu me permettre de faire suivre son intéressante observation des quelques remarques qu'elle m'a suggérées.

Le procédé autoplastique judicieusement employé par lui descend en droite ligne de ceux qu'ont inventé les chirurgiens français de la première moitié de ce siècle pour la cure des fistules vésico-vaginales. L'idée en était née en 1832, à l'époque où les procédés autoplastiques étaient à l'ordre du jour dans notre pays. Velpeau venait d'imaginer de fermer les fistules laryngiennes avec un bouchon de téguments : il émit incidemment l'opinion qu'on pourrait employer le même moyen pour fermer d'autres orifices fistuleux, no-

---

Pour celui-là, on fait campagne en bourgeois, sur le boulevard Saint-Germain.

L'on est chauffé, éclairé, casematé en un bureau; l'assiette est d'aplomb sur un fauteuil.

On n'est pas tué, mais l'on se tue de travail.

Suicide qui a sur l'autre l'avantage d'être renouvelable.

Ces messieurs rendent des services, certes, et en chambre, la plupart d'excellents, mais pourquoi ne pas juger suffisants et rémunérateurs les avantages de cette stabilité plus que ministérielle, de cette situation dirigeante, qui n'a peut-être pas toujours eu les épreuves publiques et les labeurs justificatifs de sa pourpre? Faut-il encore, sans débat contradictoire, faire entrer au Tableau par la porte de l'office ces trois fois heureux dont le pupitre et la magistrature assise avec solde de Paris satisferaient nombre de camarades de province et autres lieux.

Nous n'insisterons pas sur ces divers modes d'atteinte des grades et des émoluments; mais, à travers des désignations judicieuses, il y a eu quelques abus, et nous ignorerons toujours le talent du société de nous dérober aux saintes causes de justice.

En résumé, voilà bien des jauges variées; elles ne s'expliquent hélas que trop bien. Le général Boulanger, qui a eu ce grand mérite d'inaugurer à la Guerre l'ère des ministres travailleurs, n'est ici en cause que comme « endos »; il n'a signé ces *choix*, ainsi qu'on dit par euphémisme, que sur les compétence, foi et vertu techniques du Directeur précédemment en exercice.

Celui-ci même, auquel il n'a pas fallu de si gros bagages en *us* pour être nommé, s'est dit, sans doute par réminiscence, que quelques-uns de ces *nommés* — allégés comme lui d'œuvres encombrantes — feraient « le métier » aussi bien que d'autres, mieux que d'autres, les hommes surchargés de science étant incapables de se mouvoir en campagne à pied ou à cheval, comme chacun sait.

*
* *

La responsabilité de ces tâtonnements multiples incombe aux retards constants de la *Loi sur l'Avancement*.

On s'égare, on perd de vue les points de direction, la boussole de l'intérêt supérieur du Pays, on semble moins chercher le bien public que les biens particuliers.

Le confus descend jusqu'à la notion de l'adaptation possible de

tamment les fistules urinaires. Jobert s'empara de cette idée deux ans plus tard, après de nombreux échecs dus à l'avivement et à la suture. En 1834, il pratiqua sa première opération d'*élytroplastie*, calquée sur le procédé de bronchoplastie de Velpeau : il aviva les bords de la fistule et y adapta un lambeau de peau pris à une des grandes lèvres à l'aide d'un fil passant par l'urèthre et des points de suture (1). La première opération, où le pédicule avait été coupé le quatorzième jour, échoua ; la seconde, où il attendit le trente-sixième jour, donna un succès complet. La malade, examinée quatre mois après sa sortie de l'hôpital par une commission de l'Académie de médecine (2), était capable de retenir ses urines et de les rendre volontairement à des intervalles éloignés. Malheureusement de nombreux échecs ultérieurs de Jobert lui même, de Roux, etc., devaient faire évanouir les espérances excessives qu'avait fait naître cette ingénieuse méthode. L'*autoplastie* vit naître successivement d'autres procédés : celui de Velpeau, qui soulevait en forme de pont transversal la paroi postérieure du vagin pour unir ce lambeau à la fistule avivée(3); celui de Leroy d'Etiolles, qui taillait un lambeau quadrilatère à base supérieure, aux dépens de la paroi postérieure du vagin, pour le rouler sur lui-même et appliquer sa surface cruentée aux bords saignants de l'orifice (4); celui de Gerdy enfin (dont M. Duboué devait plus tard s'inspirer et qui m'a donné un beau succès dans un cas de fistule urétéro-vaginale que j'ai publié l'année dernière). Gerdy (5) taillait deux lambeaux quadrilatères parallèles le long des bords de la perforation et les réunissait par la suture ; il employait la suture enchevillée qui a définitivement été abandonnée depuis pour ces sortes d'opérations.

Tous ces procédés ne donnèrent que des insuccès ou des demi succès ; ils cédèrent bien vite le pas à la nouvelle méthode qui devait rendre Jobert célèbre : la *cystoplastie par glissement* ou *autoplastie vésico-vaginale par locomotion* (1) Je n'ai pas à poursuivre cette rapide revue historique et à montrer comment cette *méthode française* devait tracer la voie à toutes les améliorations ultérieures des chirurgiens étrangers, Sims, Bozeman, Simon, etc., et l'amener au point de perfection où nous la voyons aujourd'hui.

On peut le dire, les procédés d'autoplastie, soit par glissement, soit à lambeaux, sont aujourd'hui des procédés d'exception, pour lesquels aucune indication générale ne peut être formulée. C'est à l'initiative de chaque chirurgien qu'il appartient de créer pour des cas déterminés un plan opératoire approprié. Ainsi a agi M. le docteur Honzel, de Boulogne, et le succès qui a couronné son entreprise montre à quel point elle était bien conçue.

Quant à la tentative faite par M. Houzel pour remédier à l'incontinence d'urine en remontant et rétrécissant le méat urinaire, elle rappelle de loin le procédé plus régulièrement institué par Pawlik et dont M. Houzel ne paraît du reste pas s'être inspiré (2). L'insuccès opératoire et le succès fonctionnel font supposer que c'est bien moins à l'intervention du chirurgien qu'au temps qu'il faut attribuer l'amélioration de la malade. J'avoue ne pas avoir une confiance aussi grande que M. Houzel dans la valeur des fibres musculaires conservées dans le lambeau. Ces fibres, dont l'orientation a été bouleversée, la nutrition compromise, me paraissent avoir joué un rôle médiocre. Mais tous les chirurgiens savent que le sphincter vésical a une tendance naturelle à reprendre ses fonctions dès que l'écoulement continu de l'urine est supprimé et que la vessie a repris son rôle de réservoir. Or, d'après la description des lésions, je doute que le sphincter vésical eût été détruit chez la malade de M. Houzel.

Ce chirurgien distingué attribue avec raison l'échec de ses points de suture antérieurs à l'usage de la sonde métallique à demeure. Peut-être eût-il été préférable de se contenter de faire souvent le cathétérisme, selon la pratique actuellement très répandue dans la chirurgie contemporaine (3).

(1) Jobert de Lamballe. Mémoire lu à l'Acad. des sciences le 14 février 1836 (GAZETTE MÉDIC., 1836, t. IV, p. 225), et TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE, Paris 1849, t. II, p. 409.

(2) BULL. DE L'ACAD. DE MÉDEC., séance du 27 mars 1838, t. II, p. 581.

(3) Velpeau. TRAITÉ DE MÉDEC. OPÉRATOIRE, Paris 1839, t I, p. 702.

(4) Leroy d'Etiolles. *Moyens nouveaux de traitement des fistules vésico-vaginales* (COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SCIENCES, août 1842).

(5) Gerdy. REVUE SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE, 1841, t. V, p. 454.

(1) Jobert de Lamballe. TRAITÉ DE CHIRURGIE PLASTIQUE. Paris, 1849, t. II, p. 242.

(2) Karl Pawlik. *Beitrœge zur Chirurg. der weiblichen Harnrœhre.* WIENER MED. WOCHENSCH., nos 25 et 26, 1883.

(3) Hegar et Kaltenbach. TRAITÉ DE GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE, traduct. française, p. 529.

---

n'importe qui à n'importe quoi, d'une élasticité imaginaire qui, si elle fait *avancer* les hommes, fait *reculer* les fonctions.

L'accessoire enjambe la place du tout ; on méconnaît ce principe que le médecin — surtout élevé en grade — doit être bon médecin d'abord, — ce qui n'est pas si vulgaire ; — qu'on lui demande le salut d'abord, la guérison d'abord, la vie d'abord.

Les comptabilités ensuite.

Et cependant jamais respectabilité, considération publique, obédience, ne seront plus faciles que quand le prestige de diamant de la science viendra rehausser le prestige d'or du galon ; de toutes les supériorités celle du mérite, — encore que subie, — est la mieux acceptée.

Ce n'est que lentement, — comme toujours, — qu'on arrivera à une justice relative par le concours aussi pratique, clinique, solide, varié et prolongé que l'on voudra. Il ne saurait l'être trop.

Le choix est, pour ainsi parler, l'avancement confectionné ; il habille tout le monde et mal.

Le concours, c'est l'avancement *sur mesure.*

A l'heure actuelle, il ne reste plus debout qu'un pauvre concours quinquennal pour l'agrégation au Val-de-Grâce. Ce n'est que par cette petite porte dérobée aux démolitions que peuvent issir, à intervalles éloignés, le mérite et les capacités qui rèvent le « hors de pair. »

Ceci nous amène à parler de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, à laquelle on vient de faire les applications et amputations suivantes.

Dr A. CHASSAGNE.

(A suivre.)

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Sont nommés préparateurs : MM. Bocquet (chimie), Hanot (physique), Roussel (pharmacie), Detorgny (histoire naturelle).

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1888, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Caen.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1888, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

TÉRATOLOGIE

Monstruosité du membre supérieur gauche (Phocomélie) par G. Variot.

L'homme qui est porteur de cette difformité est âgé de 25 ans; il est né dans le département de la Haute-Marne, d'un père et d'une mère bien conformés, paraît-il. Nous l'avons rencontré dans le service du professeur Damaschino, à l'hôpital Laënnec.

Une des cousines de cet homme est encore plus affligée que lui, suivant son expression; elle n'a qu'une jambe avec un pied. Tous les autres membres sont à l'état de moignon.

A part cette monstruosité du bras gauche, qui est congénitale, P... n'offre aucune autre malformation apparente ni viscérale : pas de transposition des viscères, etc. Son intelligence est moyenne; il a été clerc de notaire dans son pays.

Aspect extérieur. — La main gauche paraît sortir directement du moignon de l'épaule, très aplati; elle est attachée à un petit tronçon d'avant-bras de quelques centimètres de longueur. La peau de ce poignet est recouverte de poils épais.

La main gauche est de moitié plus petite que la droite, c'est la main d'un enfant de dix ans. La paume de la main, les doigts, le pouce, sont très bien formés, à part la réduction de leurs dimensions. L'avant-bras et le bras semblent manquer à peu près totalement.

Squelette. — La partie la plus saillante de l'épaule est constituée par un soulèvement de l'extrémité externe de la clavicule, dont la forme et les dimensions sont normales.

La crête épineuse de l'omoplate existe, mais il n'y a pas de voûte acromiale, par suite de l'atrophie de l'acromion que l'on sent au travers de la peau, comme une saillie verticale sous la clavicule. Le reste de l'omoplate est normal.

Les phalanges, les métacarpiens, sont régulièrement formés; leurs articulations sont libres.

Il faut palper profondément la région de l'aisselle pour retrouver les os atrophiés de l'avant-bras et du bras.

Cette palpation ne peut donner que des résultats approximatifs, à cause de la profondeur des parties recouvertes par une épaisse couche de graisse.

Néanmoins, on arrive à sentir distinctement les deux rudiments osseux de l'avant-bras, radius et cubitus, de 5 centimètres de longueur environ; ils se dirigent en arrière de l'aisselle et forment là un coude avec un autre petit os distinct qui est placé au fond de l'aisselle et dirigé d'avant en arrière. Ce dernier fragment osseux répond évidemment à l'humérus. Une des extrémités de l'humérus, peu volumineuse, nullement arrondie comme une tête, peut être saisie au-dessous de l'apophyse coracoïde. L'autre extrémité est placée sous les muscles limitant le creux de l'aisselle en arrière.

Dans ce point, il existe une articulation entre les rudiments osseux de l'avant-bras et ceux du bras. Si on fixe l'humérus en avant et en arrière avec une main, on peut imprimer à la main et au petit avant-bras des mouvements indépendants qui se passent dans cette petite charnière postérieure. Nous ajouterons que les os de l'avant-bras sont dans un état de flexion permanente relativement à l'huméru, et forment un levier coudé qu'on fait basculer dans sa totalité, en imprimant des mouvements au poignet. L'existence d'une petite articulation ne saurait être mise en doute; mais, vu la profondeur des parties, il est impossible d'apprécier exactement les rapports anatomiques des surfaces articulaires.

Muscles. — Le deltoïde semble manquer à peu près complètement. Il y a un méplat à ce niveau. Le sus-épineux est atrophié relativement à celui du côté droit; le sous-épineux et le sous-scapulaire sont difficilement explorés, à cause de l'épaisseur de la couche du pannicule adipeux sous-cutané. Comme la main et le petit avant-bras sont portés, par des mouvements intentionnels, jusqu'à l'angle droit sur l'axe du corps, il est à présumer que les muscles scapulaires sont au moins partiellement conservés. La portion claviculaire du grand pectoral est intacte, ainsi que le petit pectoral.

En somme, le tronçon d'avant-bras supportant la main, est mu de haut en bas, de bas en haut, d'avant en arrière et d'arrière en avant.

La plupart des muscles scapulaires s'insérant à l'humérus, bien qu'atrophiés et déformés dans des proportions que la dissection seule peut fixer, sont conservés.

Les dernières phalanges sont dans la demi-flexion sur les deuxièmes; mais les mouvements de flexion les rapprochent de la paume de la main, qu'elles n'arrivent cependant jamais à toucher. L'extension n'est pas non plus complète.

Il est donc certain que les muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts sont conservés; seulement leur longueur, comme l'a judicieusement fait remarquer M. Mathias Duval, est hors de proportion avec les leviers osseux (les phalanges) qu'ils doivent faire mouvoir. Les os de l'avant-bras ne sont certainement pas plus longs que les trois phalanges réunies. La longueur des fléchisseurs et des extenseurs doit être en proportion.

Les mouvements produits par les interosseux (écartement et rapprochement des doigts particulièrement), s'effectuent bien; l'opposition du pouce est possible.

Cette petite main, que P... dissimule avec soin, peut être utilisée pour tenir un objet peu pesant, un chapeau par exemple, pour se gratter l'oreille lorsqu'il penche la tête, etc. Cette monstruosité en action est très frappante.

On perçoit avec peine un petit pouls radial. La nutrition et la calorification de cette main ne laissent rien à désirer. Les ongles poussent plus vite que du côté opposé.

La sensibilité est intacte. Il est donc très vraisemblable, qu'à part la réduction de dimension, les organes de la vascularisation et de la sensibilité ont leurs dispositions ordinaires.

M. Mathias Duval considère cette monstruosité comme se rapportant à un arrêt de développement des os de l'avant-bras et du bras, survenu alors que le bourgeon brachial était déjà très avancé, puisque la conformation de la main est régulière.

M. Dareste pense que ce cas doit être classé parmi les cas typiques fort rares de *phocomélie* (1).

(1) Cette monstruosité a été présentée à la Société d'anthropologie le 5 janvier 1888.

REVUE GÉNÉRALE

SUR LE PARAMYOCLONUS MULTIPLE (*Paramyoclonus multiplex* DE FRIEDREICH).

Sous le titre de paramyoclonus multiple (*Paramyoclonus multiplex*), FRIEDREICH a publié en 1881 (*Virchow's Archiv*, t. LXXXVI, fasc. 3, p. 421), l'observation d'nn malade qui réalisait nn syndrome non décrit jusqu'alors au sn de l'autenr allemand. Ce syndrome, Friedreich le caractérisait en ces termes : Il s'agissait chez le malade en question « *de convulsions cloniques occupant un certain nombre de muscles symétriques des membres supérieurs et inférieurs qui, survenues à la suite d'une violente frayeur, avaient, après une durée de plusieurs années, guéri avec une rapidité frappante, qui cessaient durant le sommeil et pendant l'exécution de mouvements volontaires, ne troublant en rien la force contractile ni la coordination. Eu égard à leur état de nutrition ainsi qu'à leur excitabilité mécanique et galvanique, les muscles affectés réalisaient des conditions normales ; par contre, les excitations portées sur les téguments mettaient en évidence, en même temps que l'intégrité complète des fonctions sensitives, une exagération du pouvoir réflexe de la peau et une exagération très marquée des réflexes patellaires.* »

Pour Friedreich, il s'agissait là d'une affection musculaire idiopathique, et à l'appui de cette opinion, l'auteur invoquait les arguments suivants : l'absence de toute trace d'atrophie ou de quelque autre dégénérescence du tissu musculaire, constatée sur des fragments de muscles excisés sur le vivant ; l'état normal de l'excitabilité électrique des muscles affectés ; la distribution strictement symétrique de l'affection. L'hypothèse d'une altération des nerfs moteurs devait être également rejetée, à l'idée de Friedreich, ne fût-ce qu'en raison du mode de distribution des convulsions cloniques. Pour le même motif, le cerveau et le bulbe devaient être mis hors de cause. Il ne pouvait plus, dès lors, être question que d'une névrose en rapport avec nn tronble fonctionnel de la moelle ou, pour parler plus exactement, des cellules motrices des cornes antérieures, névrose se rattachant à la catégorie de celles qu'on a signalées en Allemagne comme se développant sous l'influence de la frayeur (*Schreckneurosen*).

— Deux ans plus tard, M. L. LŒWENFELD a publié (*Bayerisches Intelligenz-Blatt*, 1883, n° 15), une observation en tout semblable à celle de Friedreich : Un garçon de dix ans, anémique, présenta, sans cause apparente, des convulsions cloniques au bras droit d'abord, puis au bras gauche ; en dernier lieu aux jambes. Ces convulsions consistaient en secousses de courte durée, se succédant avec une grande rapidité, pas assez fortes pour produire des mouvements de déplacement des membres. Elles restaient limitées à certains muscles : biceps, long supinateur, brachial interne, deltoïde, triceps, quelquefois grand pectoral à gauche, au membre supérieur, droit fémoral, vaste interne, demi-tendineux, demi-membraneux au membre inférieur. La participation de ces divers muscles aux accès convulsifs n'était pas constante. L'excitabilité réflexe desdits muscles était exagérée ; leur excitabilité électrique était normale, de même pour leurs nerfs. Les manifestations convulsives cessaient pendant les mouvements volontaires. L'emploi des courants de pile (galvanisation du rachis) resta sans effet ; au bout de six semaines, on modifia le mode d'application dn courant, de manière à agir sur le ganglion cervical snpérieur, et on fit prendre au malade du valérianate de zinc. Il s'en suivit une amélioration qui équivalait, à pen de choses près, à une guérison.

Pour la qnestion de théorie, M. Lœwenfeld s'est rallié aux idées de Friedreich énoncées ci-dessus. Il a proposé seulement de snhstitner à la dénomination adoptée par Friedreich, celle de *Myoclonus spinal multiple*.

— Vers la même époqne, M. Remak à la suite d'une communication sur la chorée, faite par M. Henoch à la Société de médecine de Berlin (séance du 28 novembre 1883), soulevait la question de savoir si l'affection connne sous le nom de chorée électrique n'était pas identiqne au paramyoclonus multiple de Friedreich. M. Remak (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1883, n° 51, p. 797) relata en quelques mots nn fait analogue à ceux de Friedreich et de Lœwenfeld : Un homme de 50 ans était sujet depuis plusieurs années à des secousses rythmiques qui affectaient un certain nombre de muscles, toujours les mêmes : biceps et triceps hrachiaux, long supinateur, quadriceps fémoral, etc. Les premières secousses étaient snrvenues à la suite d'une frayeur. Après plusieurs séances d'exploration électrique, pratiquées par le professeur Schultze, et qui ne donnèrent que des résultats négatifs, les secousses n'ont plus reparu. Ce complexus symptomatique, faisait remarquer M. Remak, offre une très grande ressemblance avec la chorée électrique ; il n'en diffère, à proprement parler, qu'en ce que, dans cette dernière, les muscles de la face et des yeux participent à l'agitation convulsive. Peut-être s'agit-il de deux modalités cliniques d'une même affection. Un second fait, observé et relaté par Remak, parle en faveur de cette manière de voir. Il s'agit d'un garçon de 11 ans, frappé d'une paralysie diphtéritique avec ataxie. Ces accidents allaient en s'atténuant sous l'influence d'un traitement approprié ; puis une aggravation se produisit à la suite d'un bain de rivière. Le traitement, nn moment snspendu, fut repris. Alors l'ataxie fit place à des secousses cloniques, localisées aux mêmes muscles que ceux énumérés à l'instant. D'après les renseignements recueillis par M. Remak, il semble que la frayeur ait joué un rôle manifeste dans le développement des accidents de cette seconde phase. Détail très intéressant : en même temps que les secousses cloniques firent suite à l'ataxie, l'abolition des réflexes patellaires, constatée précédemment, fit place à l'exagération du phénomène ainsi dénommé. Cette seconde observation a été publiée *in extenso* in *Archiv für Psychiatrie*, t. XV, fasc. 3, p. 853.

Dans le cours de cette même séance, M. Ewald a signalé deux cas qui se rattachent à la catégorie de faits en question, sauf qu'il s'agit de troubles convulsifs congénitaux et intéressant, en outre, les muscles de la face. En raison de cette dernière circonstance, nous aurons à revenir sur ces deux cas dans la suite de cette étude.

— Au commencement de l'année 1886, M. P. Marie a publié (*Progrès médical*, 1886, nos 8 et 12), une observation de paramyoclonus mnltiplex, tirée du service de son maître, le professeur Charcot, la première en son genre publiée en France. Le sujet de l'observation, un plombier, âgé de 52 ans, avait contracté un chancre, non suivi de roséole, à l'âge de 20 ans. Il n'avait jamais présenté d'accidents saturnins. A 27 ans, il avait eu dans les jambes des douleurs sourdes, qui cédèrent à

un traitement par les bains sulfureux. Trois ans avant son entrée à la Salpêtrière, le malade avait été pris de crampes dans les jambes, assez douloureuses pour le réveiller la nuit; il a éprouvé, à la même époque, des douleurs sourdes dans les bras et les épaules, ce qui lui faisait croire, suivant sa propre expression, que ses os étaient rongés. Ces manifestations ont persisté, ainsi qu'une douleur entre les épaules, qui répondait au creux de l'estomac quand le malade faisait un mouvement. Sensation de froid et d'engourdissement dans les bras, au réveil. Depuis trois années aussi, le malade était sujet à des secousses dans les membres inférieurs et qui n'avaient pas attiré son attention d'une façon appréciable; aussi ne pouvait-il indiquer la date précise de leur apparition. Ces secousses étaient beaucoup plus intenses et plus fréquentes lorsque le malade s'étendait dans un fauteuil, et surtout lorsqu'il était couché sur un lit, que dans l'attitude debout. Voici, textuellement, la description qu'en a donnée M. Marie :

« Les secousses représentées par le malade d'une façon spontanée sont très variables de fréquence et d'intensité, tantôt pendant un certain nombre de minutes il n'en existe pas, tantôt elles surviennent plusieurs fois par minute, quelquefois elles sont isolées, d'autres fois elles sont étendues à plusieurs muscles; leur siège le plus ordinaire est au niveau des muscles de la cuisse; souvent elles ne produisent qu'un léger mouvement de celle-ci; ou bien, et cela surtout sous l'influence de l'émotion, il y a une sorte de petit saut sur place (ce mouvement assez difficile à décrire est un peu analogue à celui que l'on fait avec la jambe pour surprendre et effrayer une personne ou un animal), une sorte d'extension brusque des deux jambes avec génuflexion presque instantanée. Quelquefois enfin, les secousses musculaires se montrent sur des muscles du tronc ou de l'épaule, notamment le grand pectoral.

« Les secousses n'empêchent d'ailleurs jamais le malade d'effectuer les mouvements volontaires, car pour les bras elles n'apparaissent jamais dans les mouvements de ceux-ci; celles des membres inférieurs surviennent peut-être quelquefois, mais d'une façon très rare, dans la marche, et sur ce point les réponses du malade sont loin d'être précises; nous n'avons jamais observé ces secousses quand il marchait en notre présence, mais seulement quand il était debout, au repos. »

Un certain nombre d'excitations avaient pour effet de réveiller et même d'exagérer ces secousses; ainsi, la percussion du tendon rotulien, le chatouillement de la plante du pied, une piqûre en un point quelconque de la surface cutanée. une pression prolongée exercée sur certains muscles (triceps fémoral). Une compression exercée sur l'artère fémorale, loin d'apaiser les secousses, les exagérait. Certaines attitudes des membres ont une influence analogue. Les secousses cessaient complètement pendant le sommeil. La contractilité idio-musculaire était notablement exagérée. L'examen électrique des nerfs et des muscles n'a donné aucun résultat anormal.

Après avoir donné une description résumée, mais très complète, des deux observations de Friedreich et de Lœwenfeld, M. Marie a développé quelques réflexions concernant les caractères cliniques de cette curieuse névrose, réflexions sur lesquelles nous aurons à revenir.

— Vient ensuite un cas du professeur Schültze, de Heidelberg, dont l'auteur n'a donné qu'une relation très sommaire (*Neurologisches Centralblatt*, 1886, n° 16, p. 363), et qui présente néanmoins un intérêt exceptionnel à deux points de vue: c'est que, d'une part, un traitement méthodique par le courant de pile amena une première fois une guérison merveilleuse de rapidité (diminution de fréquence des secousses après la première séance de galvanisation, cessation complète à partir de la quatrième séance). D'autre part, le malade, après une récidive de paramyoclonus, succomba aux suites d'une affection pulmonaire, pendant qu'il était en cours d'observation, de sorte qu'on eut l'occasion de faire son autopsie. L'examen (à l'œil nu et au microscope) du muscle biceps et de la moelle ne donna que des résultats négatifs. Il s'agirait donc bien d'une nevrose, conformément aux prévisions de Friedreich.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. LEYMARIE.

Bien que le travail de M. Leymarie soit consacré à l'étude de faits déjà connus, et qu'il ne présente aucune donnée absolument neuve, il n'en constitue pas moins un apport sérieux à l'histoire d'une maladie qui tient toujours la première place dans les préoccupations des médecins.

C'est, à proprement parler, une revue d'ensemble dans laquelle l'auteur a été amené à exprimer son opinion personnelle concernant l'étiologie et le mode de propagation de la fièvre typhoïde, opinion d'ailleurs conforme aux doctrines actuelles d'après lesquelles la dothénentérie est une maladie infectieuse développée sous l'influence d'un agent venu du dehors et susceptible de se transmettre par voie de contage, le plus souvent par l'intermédiaire des matières fécales.

La conclusion pratique qui se dégage de cette donnée fondamentale commande à l'avenir de surveiller et de désinfecter rigoureusement les garde-robes des typhiques, comme le seul moyen d'empêcher la propagation de la maladie à distance et partant la formation de ces foyers d'infection, généralisés ou partiels, dont l'histoire des épidémies nous offre tant d'exemples.

La notion de la nature infectieuse de la fièvre typhoïde, qui doit s'imposer à l'avenir, a inspiré aussi dans le travail de M. Leymarie les considérations relatives au traitement. Elle justifie notamment les pratiques d'antisepsie médicale si usitées depuis quelques années et particulièrement la recherche de la désinfection des produits intestinaux que l'on doit s'attacher à obtenir pendant toute la durée de la maladie. C'est assez dire que les remarquables recherches du professeur Bouchard devaient trouver ici leur place. L'auteur les invoque et fait ressortir l'utilité de l'emploi des substances antiseptiques comme moyen propre à neutraliser dans l'intestin, et à détruire en quelque sorte sur place, le poison typhogène dont la résorption explique en partie les phénomènes graves caractéristiques de l'état typhoïde. L'usage simultané de médicaments antizymotiques, comme l'acide salicylique ou le sulfate de quinine, est une pratique conforme au même but et qui s'inspire des mêmes principes. L'expérience en vient chaque jour démontrer le bien fondé.

Le travail de M. Leymarie n'eût pas été complet si l'auteur n'avait traité aussi la question tant discutée de la médication par l'eau froide. Nous sommes heureux de constater qu'il s'abstient, à l'égard de cette médication, de toute idée systématique, et que, d'accord avec la majorité des cliniciens français, il tend à la considérer comme une méthode d'exception dont l'indication précise, mais d'ailleurs éventuelle, doit être cherchée dans l'existence et le degré de l'hyperthermie, qui n'est elle-même qu'un des éléments de la maladie, ou plutôt une conséquence des actes qu'elle entraîne, mais ne saurait être envisagée comme l'unique facteur de sa gravité, ni peut-être même le principal.

De quelques cas de danse de Saint-Guy et de leur traitement, par M. Pigelet.

L'étude de la chorée a déjà inspiré un grand nombre de travaux et peut donc sembler aujourd'hui un sujet banal et dépourvu d'intérêt. Cependant les discussions qu'a fait naître la diversité des opinions concernant la nature de cette maladie, et particulièrement celle de ses rapports avec le rhumatisme, sont autant d'arguments qui permettent de reprendre en sous-œuvre l'histoire d'une entité pathologique encore incomplètement connue.

M. Pigelet cherche d'abord à définir ce que l'on doit comprendre sous le nom de chorée, et pour cela il propose de restreindre la qualification de ce mot à un type spécial bien distinct des affections simplement choréiformes auxquelles on a voulu l'assimiler. Puis il s'attache à discuter l'opinion déjà ancienne et restée classique qui fait de la chorée une dépendance et une sorte de manifestation viscérale du rhumatisme. Plusieurs opinions prennent place en face de cette question, une des plus controversées de la pathologie.

Sans nier la coïncidence, qui est un fait d'observation journalière, des observateurs, au premier rang desquels M. Joffroy s'est placé par la netteté de ses affirmations, refusent à la chorée toute relation directe avec le rhumatisme et persistent à la considérer comme une affection purement nerveuse. On ne saurait nier la valeur des arguments qui servent de base à cette opinion, que M. Pigelet a eu raison de signaler, sans se prononcer d'ailleurs et simplement comme pièce d'un procès qui est encore loin d'être définitivement jugé.

La comparaison des divers modes de traitement préconisés contre la chorée devait trouver place dans cette étude, ne fût-ce qu'à titre d'examen critique. L'arsenic, le tartre stibié, le chloral, voilà les trois médicaments qui paraissent posséder le plus d'efficacité, et peut-être devra-t-on donner la préférence au chloral dont la manipulation par des personnes étrangères à la médecine n'offre pas les dangers que comporte l'usage des deux autres et qui ne reconnaît guère qu'une contre-indication, absolue il est vrai, celle tirée de l'existence d'une lésion cardiaque vis-à-vis de laquelle le chloral pourrait jouer le rôle d'un poison violent.

Dr P. Muselier.

Capacité et tension de la vessie, par M. Duchastelet. Thèse de Paris, 1887.

Si l'on parcourt divers traités d'anatomie et de pathologie, on ne tarde pas à voir que les auteurs sont dans un complet désaccord relativement aux dimensions à assigner à la vessie, de même que sur le mode de contraction, de tension, du fonctionnement de ce réservoir. M. Duchastelet a entrepris d'élucider ces côtés obscurs de la question; guidé par les conseils de son maître, le professeur Guyon, dont il a pris à tâche de reproduire les idées, il a néanmoins accompli une œuvre originale, basée sur des expériences nombreuses et bien conduites. C'est le côté clinique que M. Duchastelet a en le plus en vue, et ses recherches ont porté sur des vessies humaines tant dans l'état normal que dans l'état pathologique. Aussi sa thèse offre-t-elle un côté pratique que le titre même de l'ouvrage n'annonce pas au premier abord. Voici quelques-unes des conclusions par lesquelles l'auteur termine son travail :

La vessie n'a pas de capacité anatomique, elle n'a qu'une capacité physiologique.

Cette capacité est mesurée par le volume qui est susceptible de contenir le réservoir au moment où se manifeste le besoin d'uriner.

Dans une vessie normale, la tension au moment où se produit le besoin d'uriner varie de + 25 à + 35 centimètres de hauteur d'eau avec des quantités de liquide variant de 60 à 250 grammes en moyenne. Ce besoin peut donc être déterminé par des volumes différents.

La vessie peut, du reste, contenir des quantités de liquide bien différentes sous une même pression; sa capacité est essentiellement variable, puisqu'elle est absolument subordonnée à la sensibilité.

Cette sensibilité est d'une nature spéciale : la sensibilité à la tension. Cette tension peut être déterminée soit par l'augmentation volumétrique du contenu, soit par la contraction du muscle vésical sur le volume primitif demeuré le même.

La vessie est un muscle creux dont les fibres sont disposées de telle façon qu'en se contractant elles font d'abord avancer la partie postérieure et inférieure de l'organe, vers son orifice cervical, tandis que le sommet s'abaisse de façon à expulser le contenu et à ne laisser subsister qu'une cavité virtuelle.

La vessie est douée de mouvements volontaires propres; la compression abdominale n'est pas nécessaire pour uriner.

On peut, au point de vue de la capacité, diviser les vessies en : vessies normales, vessies contracturées, vessies hypertrophiées sans dilatation, vessies dilatées avec hypertrophie vraie ou fausse, vessies dilatées et amincies par atonie primitive ou consécutive.

Les vessies à dilatation incomplète se composent :

1o D'une capacité physiologique, appréciée par la quantité d'urine émise spontanément sous l'influence du soulèvement du bas-fond, qui, par suite de son hypertrophie en épaisseur et en surface, présente dans l'intervalle des contractions une cavité rétro-prostatique assez considérable, mais qui est restée la seule partie contractile, bien que fortement dilatable.

2o D'une capacité anatomique évaluée par la quantité d'urine retirée avec la sonde après miction spontanée, c'est-à-dire ce que le sommet, partie définitivement dilatée et devenue peu ou point contractile, est capable d'admettre au moment où le bas-fond finit de se soulever.

Dr E. Desnos.

BULLETIN

Pathogénie et traitement du mal de mer. — L'équivalence des excitations sensorielles. — L'eau potable et la fièvre

TYPHOÏDE A VIENNE ET A PARIS.— UNE ÉPIDÉMIE DE PARALYSIE ATROPHIQUE DE L'ENFANCE.

A la suite d'une lecture d'un de ses membres correspondants récemment nommés, M. Ossian Bonnet, l'Académie de médecine a discuté la pathogénie et le traitement du mal de mer. Sur le premier point, M. Bonnet fait jouer à l'embarras gastrique un rôle important que lui contestent MM. Le Roy de Méricourt et Rochard. Si l'on peut incriminer le mouvement du navire, l'odeur qui y règne et d'autres causes encore, il faut avant tout, suivant M. Le Roy de Méricourt, tenir compte des susceptibilités individuelles, essentiellement variables. Quant au traitement, le nombre des substances auxquelles on attribue une action préventive permet de conclure *a priori* au peu d'efficacité de chacune d'elles. Ici encore il faut surtout compter avec les idiosyncrasies.

L'antipyrine a donné du succès à M. Ossian Bonnet; le chloral est pour M. Javal le meilleur préservatif; l'alcool, le champagne, les frictions belladonées sur le ventre, le bromure de potassium sont préconisés par M. Rochard; la simple confiance dans l'action d'une drogue agirait autant que la drogue elle-même, suivant M. Le Fort. En dehors de l'arsenal thérapeutique il est des moyens non moins efficaces : c'est ainsi que, en l'absence de chloral, M. Javal prévient le mal de mer en regardant constamment à l'horizon pour garder la notion de la verticale, et en réglant son rhythme respiratoire sur l'allure du bateau, de manière à faire une forte expiration quand celui-ci descend.

— On a décrit, dans ces dernières années, des phénomènes curieux d'*audition colorée*, d'*olfaction colorée;* M. Féré, dans une communication à la Société de Biologie, signale un fait de *gustation colorée*. Ainsi des excitations de l'ouïe, de l'olfaction, du goût, déterminent des sensations visuelles colorées. M. Féré fait remarquer d'ailleurs que, chez les névropathes, la vision colorée peut se manifester en l'absence de toute excitation particulière. Il propose d'expliquer ces phénomènes par l'équivalence des effets physiologiques des excitations sensorielles. Ses recherches lui ont montré, par exemple, que la vision rouge peut être la conséquence d'une excitation auditive, olfactive, gustative, d'une émotion vive, d'un état de la circulation cérébrale produisant des états dynamiques équivalents des centres nerveux. Cette sorte d'équivalence physiologique semble être un corollaire de l'équivalence des forces qui fait loi en physique.

— M. Mosny, dans une communication à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, a montré, par des chiffres indiscutables, que la fièvre typhoïde est devenue une rareté à Vienne depuis que, pour la consommation publique, on a substitué l'eau de source à l'eau du Danube.

M. Bechmann, par des calculs que M. Chantemesse a montrés erronés, a cherché à innocenter l'eau de Seine, mais n'a réussi à convaincre personne Par contre, il a fourni à M. Brouardel l'occasion de signaler des faits qui rendent l'administration vraiment coupable : tel est l'établissement d'une prise d'eau en aval de Paris, dans le port de Grenelle; telle est encore la distribution de l'eau de Seine successivement à chaque arrondissement, comme si l'on voulait rendre tous les arrondissements égaux devant l'infection. Poussé dans ses derniers retranchements, le représentant de l'administration invoque son impuissance : quand tout est prêt pour doter Paris de nouvelles sources qui donneraient 240,000 mètres cubes par jour et qu'il ne manque que la déclaration d'utilité publique, on répond, dit-il, que le Métropolitain doit passer avant. La santé publique est toujours ainsi sacrifiée à des intérêts de second ordre.

— L'étiologie de la paralysie atrophique de l'enfance est la partie de l'histoire de cette maladie qui a fait le moins de progrès. On en est resté, en effet, aux causes banales telles que le refroidissement, la dentition, le sevrage, les troubles gastriques, etc. M. Cordier, chirurgien en chef de l'Antiquaille, vient de publier dans le LYON MÉDICAL un travail extrêmement intéressant qui tend à montrer que la paralysie infantile peut régner épidémiquement.

L'auteur a réuni 13 cas dans l'espace de deux mois, en juin et juillet 1885, au sein d'une population n'excédant pas 1,500 âmes. L'âge des petits malades a varié de 1 à 30 mois. Presque tous jouissaient d'une parfaite santé au début des accidents; 4 ont succombé vers le troisième jour. Ceux qui ont survécu ont présenté les lésions définitives et caractéristiques de la maladie. La similitude des symptômes initiaux chez tous a permis d'établir le diagnostic rétrospectif pour les petits malades qui ont succombé. Ces symptômes ont été : une fièvre plus ou moins vive, et dont l'intensité a paru être en rapport avec la gravité de la maladie ou l'étendue des lésions médullaires; des convulsions, qui ont manqué dans la moitié des cas; des sueurs profuses, qui se sont montrées plus constantes et ont fait défaut chez les quatre enfants ayant succombé; la paralysie, observée parfois dès le deuxième ou le troisième jour, d'une étendue variable, atteignant ici tous les muscles du cou, du tronc, des membres, là les membres inférieurs ou les membres supérieurs, ailleurs un seul membre; l'amélioration, la disparition progressive de cette paralysie qui s'est circonscrite et est restée fixée sur un muscle ou un groupe de muscles; l'atrophie et les déformations consécutives. D'après ces divers signes, il ne semble pas y avoir doute sur le diagnostic de la maladie observée.

Or, ces treize cas de paralysie infantile, survenant dans des limites tellement circonscrites de temps, de lieu et d'agglomération d'habitants, éloignent l'idée d'une simple coïncidence. Ils semblent plutôt dépendre d'une cause générale et, pour M. Cordier, ils constituent une épidémie identique aux épidémies de rougeole, de variole, de fièvre typhoïde, en un mot des différentes maladies infectieuses au nombre desquelles il faudrait donc désormais compter la paralysie infantile.

« Mais quel est cet agent infectieux, ajoute notre confrère? Où se développe-t-il? Comment pénètre-t-il dans l'économie? Combien de temps incube-t-il avant de produire ces lésions? »

De ce qu'il a observé, M. Cordier croit pouvoir conclure que l'agent infectieux n'a pu pénétrer dans l'économie ni par les aliments, ni par les boissons, ni, en l'absence de lésions cutanées, par inoculation; il suppose plutôt que l'infection s'est produite par les voies respiratoires et que l'air inspiré a été le véhicule de l'agent contagieux. Il a pu suivre la propagation de la maladie d'un petit malade à un autre d'après les dates d'invasion et les relations survenues entre les familles. Tel enfant est tombé malade 36 heures après une visite à un autre enfant déjà atteint; chez deux enfants, le frère et la sœur, il ne s'est écoulé que 8 ou 10 heures entre le moment où ils ont été exposés à la contamination et celui de l'explosion des pre-

miers accidents. Ces faits, pour M. Cordier, sont démonstratifs de la contagion de la maladie.

La rapidité de cette transmission, ou, si l'on aime mieux, la brièveté de l'incubation, semble moins propre à confirmer l'opinion de notre confrère qu'à inspirer une certaine réserve relativement à la propagation de la maladie d'un enfant malade à un enfant bien portant. Il serait donc prématuré, croyons-nous, de tirer de ces faits des conclusions définitives sur l'étiologie, la nature de la paralysie infantile et sur la place qui lui revient dans le cadre nosologique. Mais ils n'en constituent pas moins un document important dans l'histoire de cette maladie et ils méritaient d'être signalés à l'attention de nos lecteurs.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

— L'Académie des sciences a nommé la commission chargée d'arrêter le programme de concours pour le prix de 50.000 francs fondé par le gouvernement en vue d'arriver à déterminer, par un procédé sûr et usuel, la présence dans les liquides alcooliques de substances ou alcools autres que l'alcool éthylique.

Cette commission de douze membres est composée de: MM. Becquerel, Berthelot, Bouchard, Debray, Dehérain, Frémy, Friedel, Mascart, Pasteur, Péligot, Schlœsing et Troost.

— Le conseil général des Facultés de Paris a voté lundi dernier le maintien de la chaire de pathologie expérimentale, laissée vacante par suite du décès de M. le professeur Vulpian.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Transformation du concours de la médaille d'or de l'internat.* — A la dernière séance de samedi dernier, la Commission de révision du règlement sur le service de santé dans les hôpitaux de la ville de Paris a adopté les conclusions de M. Horteloup relativement aux modifications à introduire dans le concours de la médaille d'or.

Voici quelles sont les modifications apportées :

Dorénavant, il y aura deux médailles d'or, une pour la médecine, une pour la chirurgie et les accouchements. Il y aura également deux médailles d'argent pour les deux candidats classés après le premier. Les médailles d'or auront une année d'internat supplémentaire.

Les lauréats continueront à avoir les bourses de voyage. Il avait été question de les donner à des médecins ou chirurgiens du bureau central, mais cette proposition a été rejetée, et à juste titre, parce que l'on a pensé que les jeunes médecins ou chirurgiens du bureau central ayant généralement une clientèle, la bourse de voyage serait pour eux un inconvénient bien plutôt qu'un avantage.

Seuls les internes de quatrième année pourront concourir.

Chaque jury sera composé de cinq juges. Quatre médecins et un chirurgien pour la médaille de médecine. Trois chirurgiens, un accoucheur et un médecin pour la médaille de chirurgie et accouchement.

Sur la proposition de M. Grancher, la commission a adopté un amendement d'après lequel le lauréat pourra continuer à choisir le service qu'il voudra pour son année supplémentaire, mais l'interne ou les internes désignés déjà pour le service choisi resteront dans ce service qui aura de la sorte un interne de plus.

Quant aux épreuves, elles consisteront en :

1° Un mémoire coté 30 points, comme par le passé, et qui serait la première épreuve du concours.

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne ou externe suivant la nature du concours (un quart d'heure de réflexion, un quart d'heure d'exposition). 20 points ont été accordés pour cette épreuve.

3° Epreuve écrite d'anatomie, de physiologie, et de pathologie interne ou externe, suivant le concours.

Trois heures sont accordées pour cette composition, qui est cotée 20 points.

Ces mesures devront être ratifiées par le Conseil de surveillance et le préfet de la Seine. (BULLETIN MÉDICAL.)

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Limites des consignations pour examens probatoires.* — Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après inclusivement :

Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au 20 mars ;
» » (2e partie), jusqu'au 17 avril ;
Pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au 17 avril ;
» » (2e partie), jusqu'au 22 mai ;
Pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au 5 juin ;
Pour le 5e examen de doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au 26 juin) ;
Pour les examens de sage-femme, jusqu'au 26 juin ;
Pour les thèses, jusqu'au 10 juillet ;
Pour le 1er examen d'officiat, jusqu'au 19 juin ;
Pour le 2e examen d'officiat, jusqu'au 26 juin ;
Pour le 3e examen d'officiat, jusqu'au 10 juillet.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés, après le 9 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 12 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le professeur Planchon est promu à la troisième classe.

Un congé, sans traitement, est accordé sur sa demande, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. Lauret, chef des travaux pratiques de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le professeur Feltz est promu à la première classe et M. le professeur Poincarré à la deuxième classe.

— M. Marchant, chirurgien des hôpitaux, qui devait passer de Saint-Antoine à Lariboisière, en remplacement de M. Benjamin Anger, conserve son service de Saint-Antoine. M. Peyrot, auquel ce dernier service était échu, passe, en conséquence, à Lariboisière.

ASILE D'ALIÉNÉS. — Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère) sont réunies et M. le docteur Dufour, médecin en chef, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile.

M. le docteur Dumaz, directeur-médecin en chef de l'asile de Dijon, est promu à la première classe de son grade (7,000 fr.) et prend rang à partir du 1er janvier 1888.

M. le docteur Bellat, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.) et prendra rang à partir du 1er février 1888.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée territoriale* — Une circulaire du ministre de la guerre relative à la convocation de l'armée territoriale en 1888 porte ce qui suit :

La convocation des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale sera l'objet, pendant l'année 1888, de mesures transitoires spéciales.

Les dispositions concernant les internes des hôpitaux devront figurer dans l'affiche de convocation.

La mesure qui consiste à dispenser de l'appel les internes des hôpitaux réunissant les conditions voulues pour le doctorat, mais ne pouvant être reçus docteurs en raison de leur situation d'internes, a un caractère général; elle ne s'applique pas aux seuls internes des hôpitaux de Paris, comme pourrait le faire supposer le modèle de l'affiche de convocation annexé à l'instruction du 22 mars 1886.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS. — La Société tiendra désormais ses séances au Palais des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins. Les séances ont lieu à 3 h. 1/2, le deuxième jeudi de chaque mois. La première séance de l'année 1888 a eu lieu jeudi dernier, 12 janvier.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 1er AU SAMEDI 7 JANVIER 1887

Fièvre typhoïde 33 — Variole 5. — Rougeole 14. — Scarlatine 3. — Coqueluche 9. — Diphthérie, croup, 48 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 24. — Tumeurs : Cancéreuses 50. — Autres 5. — Méningite 29. — Congestion et hémorr. cérébr. 69. — Paralysie 5 — Ramollissement cérébral 10. — Maladies organiques du cœur 63. — Bronchite aiguë 48. — Bronchite chronique 55. — Broncho-pneumonie 53. — Pneumonie 73. — Gastro-entérite : Sein 17. — Biberon 30. — Autres 6. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 32. — Sénilité 43. — Suicides 22. — Autres morts violentes 22. — Autres causes de mort 163. — Causes inconnues 11. — Total de la semaine: 1138 décés.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par J. Béchamp, professeur d'analyse chimique et de toxicologie à la Faculté libre de médecine de Lille. Un vol. in-8o de 258 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Etude des localisations angio-cardiaque typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées, par MM. Landouzy, agrégé de la Faculté, et A. Siredey, chef de clinique de la Faculté. — Paris, 1887, Félix Alcan, éditeur.

La théorie du microzyma et le système microbien, par M. A. Béchamp, ancien professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Agenda médical pour 1888, contenant : 1o Un Mémorial thérapeutique du Praticien, par MM. Trousseau et C. Paul; 2o un Mémorial obstétrical, par le professeur Pajot; 3o un Formulaire magistral, par M. Delpech; 4o Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur de Valcourt.

Asselin et Houzeau, éditeurs, libraires de la Faculté de médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 3 21 JANVIER 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

LES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS, analyse d'une leçon de M. le professeur GRANCHER à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. le docteur DELIGNY.

M. Grancher signale d'abord deux observations de convulsions chez des enfants du service ; l'un, âgé de 18 mois, eut une crise bénigne, légère, dans le cours de la convalescence d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie ; le second, une petite fille, âgée de 20 mois, a eu des crises convulsives dans le cours d'une broncho-pneumonie.

Cette dernière a été nourrie au sein, a marché à 11 mois et n'a été sevrée qu'à 15 mois ; depuis quelque temps, elle a un peu toussé, et, le 20 décembre, se produisit l'augmentation de la toux, avec apparition de la fièvre. Le 22 décembre, on constatait une broncho-pneumonie.

Le 26 décembre, la température étant à 40o, survinrent quelques convulsions légères. Le 28, à midi, la température n'étant que de 39o, une crise convulsive se produit, convulsions tétaniques sans mouvements cloniques, avec de la dyspnée. Après cette crise, résolution comateuse. A la visite du soir, on constata la persitance du coma.

Le 29 au matin, le coma a disparu, mais il reste encore un peu de torpeur ; la cyanose de la face, très marquée la veille, a diminué ; on constate une réfrigération notable, de la faiblesse de la respiration.

Le jour même de cette amélioration, à onze heures, nouvelle crise comme la veille, puis résolution comateuse. Vers une heure après-midi, nouvel accès commençant par des grimaces de la bouche, renversement des yeux, secousses des bras et des jambes, puis résolution comateuse. Dans cette dernière crise, on remarquera qu'il y a eu des mouvements cloniques.

A deux heures, encore nouvelle crise et mort par asphyxie, comme cela arrive dans les convulsions répétées.

A l'autopsie, on a trouvé le poumon droit hépatisé, de la congestion du cerveau, mais pas d'hémorrhagie ; les reins étaient sains. L'urine prise dans la vessie ne contenait pas d'albumine ; rien au foie.

L'étude des convulsions de la première et de la deuxième enfance est un des chapitres intéressants de la pathologie infantile, mais bien confus.

Les vers intestinaux ont été pour le public et sont encore considérés comme une cause fréquente de convulsions ; on leur attribue aussi facilement les états nerveux, les insomnies, etc., des enfants.

Il faut bien retenir qu'il y a une différence très grande entre les convulsions de la première enfance et celles de la seconde enfance.

M. Grancher passe à ce sujet rapidement en revue les différents travaux écrits sur les convulsions des enfants et leur

FEUILLETON

ETUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite. — Voir le numéro précédent.

II

L'Ecole du Val-de-Grâce, 5 fois réorganisée depuis trente sept ans, vient de subir, par décret du 22 novembre, une sixième réorganisation.

On a supprimé d'un trait de plume les deux chaires de Clinique et conjoint celle de l'Anatomie topographique à la médecine opératoire par un mariage de raison.

Mais, comme compensation de ces retranchements, on a créé un cours de *Législation et d'Administration militaires*. Ce qui sonne bien !

Le mot *Législation* est fait pour plaire, quoi qu'on die. Au total et en creusant, il n'y a sous ce titre à panache que la seule loi du 16 mars 1882 (déjà fort entamée) avec un sous-bois touffu de notes, décisions et articles de Règlement, eux aussi amendés, diminués, grossis, recousus. Cela assez souvent dans le même trimestre.

Rien n'est plus périssable.

Je sais bien que les Intendants Vauchelle, Delaperrière et autres, qui sont de grands clercs, ont fait de gros volumes de Législation et qu'on professe cette Législation *in-quarto* à l'Ecole de Vincennes ; mais on peut leur laisser enfler leur sujet et le grandir jusqu'à l'épique. Cela ne prend la place de rien. Chez nous, médecins, cela prend les places réservées aux deux pathologies, à l'hygiène, aux diagnostics différentiels, à l'ophthalmoscope, au microscope, à tant de connaissances diverses dont on est rarement obéré.

Au Val-de-Grâce, outre les ratures obligées de cet enseignement législatif qui ne sera peut-être plus vrai en fin d'année pour beaucoup de détails, il nous paraît qu'on faisait suffisamment avec un agrégé et des notions de gros.

Il est ardu de professer une décision ministérielle ; on la lit, et le résumé alphabétique d'un *Baugé*, d'un Manuel bien condensé

étiologie. Pour lui, il y a deux grandes classes de convulsions : 1° Les convulsions essentielles, d'origine réflexe; 2° les convulsions symptomatiques.

Les convulsions d'origine réflexe n'ont pas toujours la même physionomie ; il y a plusieurs variétés :

1° Elles peuvent être épileptiformes ; l'enfant est pris tout d'un coup. Il tombe en poussant un cri. Il y a la phase tonique, puis la phase clonique et le coma, comme dans l'épilepsie;

2° Les convulsions seulement toniques, comme dans la seconde observation. On a nié cette forme, mais elle existe.

Dans l'observation précédente, le spasme tétanique était constant, permanent, et a duré vingt minutes sans relâchement des muscles. Cela a été bien constaté.

3° Les convulsions surtout cloniques, agitation incessante, extension et flexion successives et alternatives des membres;

4° Les convulsions partielles, qui existent tantôt à un seul membre, tantôt à la face, aux commissures, aux muscles de l'œil.

Il y a encore des convulsions localisées plus difficiles à reconnaître : ce sont des convulsions internes, des muscles du tronc, du diaphragme. Il faut toujours examiner l'état des muscles du thorax et du diaphragme, lorsqu'on voit un enfant tomber tout à coup en bleuissant, cyanosé; ces cas peuvent se terminer par la mort;

5° Toutes ces formes peuvent être mélangées, s'associer; c'est ainsi que l'on peut voir des series de convulsions, dont chaque crise revêt une de ces différentes formes

Il reste deux points secondaires à examiner. Y a-t-il des phénomènes précurseurs des convulsions, ou non?

On a cité : l'insomnie, l'assoupissement et l'irascibilité de caractère. Quelque faible que soit la valeur de ces signes, il faut en tenir compte.

Quels sont les phénomènes consécutifs? La mort peut arriver par asphyxie, ou bien on observe le retour complet à l'état de santé, ou bien aussi quelquefois il se développe des états pathologiques confus : parésies, troubles de la sensibilité, etc...

Pourquoi les enfants ont-ils si souvent des convulsions? On a invoqué, pour répondre à cette question, des raisons d'ordre moral, sentimental et des raisons d'ordre physiologique.

Bouchut attribue la fréquence des convulsions chez les enfants à la sensibilité et à l'irritabilité de leur cerveau.

Les recherches des physiologistes tendent à prouver le contraire ; on connaît l'expérience classique de la grenouille à laquelle on a coupé la tête et dont les mouvements réflexes s'exagèrent. Plus intéressantes sont les expériences de Simonoff. Il a étudié les résultats de la piqûre du cerveau faites avec des aiguilles seules, avec des aiguilles traversées par un courant constant, puis un courant induit; il a recherché quel était l'état des réflexes des muscles de la jambe au moment des expériences et a jugé ainsi de l'action de l'irritation cérébrale sur le pouvoir excito-moteur de la moelle. Il a vu que le pouvoir réflexe de la jambe était déprimé quand l'aiguille est plongée dans les régions antérieures, et qu'il en était de même avec le courant électrique. Il a constaté, au contraire, que le pouvoir réflexe n'est pas influencé si l'aiguille est plantée dans les régions postérieures, le cervelet. Ces travaux, qui démontrent que les lobes antérieurs du cerveau ont une action modératrice sur la moelle, datent de 1886.

Les travaux de Fritsch et Hitzig ont montré ensuite que les mêmes lobes antérieurs sont excito-moteurs. Or, ce sont les mêmes régions que les centres modérateurs de Simonoff; elles sont donc à la fois excito-motrices et modératrices. Mais ces centres n'existent pas chez les jeunes enfants; Soltmann en a fait la preuve chez les animaux nouveau-nés. Les localisations cérébrales ne se forment chez les enfants que peu à peu, avec l'âge; voilà pourquoi les convulsions sont chez eux si fréquentes. L'action modératrice n'existe pas; c'est là la raison physiologique.

Que faire en présence d'un enfant atteint de convulsions?

Il faut d'abord faire le diagnostic, ce qui n'est pas toujours facile.

Il faut voir la convulsion, s'il est possible, et ne pas s'en rapporter aux renseignements de l'entourage.

Si l'on se trouve en présence d'un enfant qui jouissait d'une bonne santé antérieure et qui n'a pas de fièvre, par cela même on peut éliminer les convulsions du début ou du décours des maladies fébriles.

Il faut alors faire mettre l'enfant tout nu pour l'examiner. Cela peut suffire à faire cesser les convulsions en débarrassant

---

de 100 pages, sera plus pratique, précis et expéditif en bien des occurrences.

Nous, dont les obscures actions d'éclat sont au lit du malade, nous n'avons pas à grossir notre bagage « pour la montre », mais à ne pas laisser de colis en route.

***

Sans doute, le vieux Val-de-Grâce d'il y a vingt ans laissait des souvenirs hilares.

Michel Lévy, qui montrait quelque jalousie du sceptre, s'y entourait, non sans diplomatie, d'étoiles de seconde grandeur.

Il aimait les satellites — et de préférence les nébuleuses.

Aussi se rappelle-t-on, avec une gaieté sans mélange, un Cours d'épidémies des armées, fécond en lapsus, où le nombre de morts par une multiplication étrange, dépassait quelquefois l'effectif; un Cours d'Anatomie dont le titulaire lyrique s'éprenait d'un enthousiasme continu et un peu pesant même dans son effervescence, pour les *beaux* muscles, les *beaux* nerfs; enfin une clinique médicale, une clinique médicale surtout, où presque tous les malades graves comparaissaient deux fois devant nous, la seconde et dernière sous la forme de pièces anatomiques.

Les jeunes générations n'ont pas connu de ces temps joyeux.

Le Val-de-Grâce, depuis longues années, s'est modernisé : professeurs et agrégés ne sont plus de ce vieux style; les cours y demeurent sérieux; peut-être, quelquefois plus substantiels qu'oratoires et intéressants, ce qui serait cependant essentiel pour forcer l'attention en plein Paris d'auditeurs déjà diplômés du doctorat.

Mais, s'il y avait à débroussailler dans les programmes, c'est bien plutôt dans l'enseignement de la Chimie et toxicologie appliquées à l'hygiène et de ses précipités.

Le strict nécessaire en ces exercices incolores devrait ressortir d'un Cours d'hygiène militaire, comme nous l'avons vu pratiquer en 1881 à l'Ecole de médecine militaire anglaise de Netley.

Le docteur de Chaumont, sans l'assistance d'aucun aide de la partie pharmaceutique, y professait les essais d'eaux, de farine et des quelques substances alimentaires que l'on a rarement, mais que l'on peut avoir à faire à la rigueur en campagne.

***

l'enfant d'une épingle qui le pique, d'un vêtement qui le blesse.

Ces diverses causes sont assez fréquentes.

Il faut explorer la bouche, s'occuper de l'état de la dentition.

Il faut chercher du côté de l'appareil digestif. M. Grancher cite à ce sujet le cas d'un enfant atteint de convulsions généralisées, auquel la nourrice avait fait prendre une cuillerée à café de sirop d'ipéca après une tétée.

Il faut regarder du côté du nez, de l'oreille; ne pas oublier les émotions morales, l'instinct imitatif. Mais il arrive que, malgré une minutieuse enquête, la cause reste inconnue.

Si l'on se trouve en présence d'un enfant ayant une fièvre vive, il faut penser de suite à une pneumonie, une broncho-pneumonie ou une fièvre éruptive.

Un troisième cas est celui qui concerne un enfant dont la santé est détériorée, dont la dentition est mauvaise, ou qui est convalescent d'une maladie.

Le pronostic doit toujours être très réservé; il ne faut jamais s'en aller en disant: ce n'est rien, car il pourrait se produire d'autres crises plus graves, même mortelles.

Le fait d'une convulsion est toujours un fait grave, surtout si c'est une première convulsion.

Trousseau recommande de ne pas quitter la malade, et raconte être resté six heures près d'une petite fille.

Pour le traitement, il faut avoir l'air de faire quelque chose et ne pas faire grand'chose. On donnera une potion calmante, anodine et un grand bain tiède. Il faut se défier des bains chauds et froids et des révulsifs. Un lavement laxatif est souvent fort utile.

Pour les jours suivants, on recommandera le régime lacté, en prévision de troubles digestifs, du mal de Bright ou d'albuminurie passagère.

En ce qui concerne la crise convulsive elle-même, on peut faire respirer à l'enfant quelques gouttes de chloroforme, mais sans aller jusqu'à l'anesthésie.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Erysipèle de la face développé spontanément chez un détenu après un séjour d'un mois en prison cellulaire, par Emile Laurent, interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris.

L'opinion actuellement régnante sur la contagiosité et l'inoculabilité de l'erysipèle fait intervenir un microorganisme, le streptocoque de Fehleisen, qui explique les phénomènes multiples de l'infection, aussi bien les déterminations cutanées généralement prépondérantes que les déterminations viscérales.

L'observation que nous publions a été recueillie à l'infirmerie centrale des prisons, dans le service du docteur Variot, qui a examiné le malade avec nous. Elle semble prouver que l'incubation de la maladie peut se prolonger jusqu'à un mois et que l'homme porte sur la peau ou sur ses muqueuses des germes du microrganisme de Fehleisen, qui peuvent pulluler dans des conditions encore indéterminées.

Les partisans de la spontanéité morbide pourraient aussi interpréter ce fait à leur manière.

Le détenu que nous avons observé, étant condamné pour la première fois, faisait le temps de sa peine en prison cellulaire. Depuis un mois, il était par conséquent dans l'isolement le plus complet qu'on puisse réaliser. Le détenu ainsi sequestré ne communique avec aucun camarade. Il reçoit ses aliments par un guichet et remplit ses besoins naturels dans une cuvette placée dans un coin de sa cellule. Cette cuvette est nettoyée par l'irrigation d'un courant d'eau. Une fois par jour, le surveillant du quartier cellulaire pénètre dans la cellule et fait sortir le détenu, qui se promène pendant une heure dans une sorte de préau triangulaire en communication directe avec la cellule. Ce préau est muré, et deux détenus voisins, qui se promènent dans le préau, ne peuvent se voir ni se toucher.

Ce détenu n'allait pas au parloir. Il recevait la nourriture commune de la prison: du pain, des légumes secs, de la viande deux fois par semaine et de l'eau comme boisson.

D'autre part, depuis plus de trois mois, deux érysipèles seulement ont été observés dans les infirmeries de la Santé.

Le premier s'est montré chez un homme de quarante-neuf ans, qui était depuis un mois au quartier commun à la Santé. Or, ce quartier est complètement séparé du quartier cellulaire; il a un personnel spécial; aucune communication n'est possible entre les détenus de l'un et de l'autre. Cet homme est entré à l'infirmerie de la Santé (service du docteur Petit)

De cette diminution d'une grande Ecole qui a eu ses heures dans le passé avec Broussais, Marchal de Calvi, Michel Lévy, pour ne parler que des morts, on ne peut préjuger rien avec certitude; toutefois, ces chaires dont 2 muettes, la troisième amoindrie, le Directeur Maurice Perrin, obligé non sans taquinerie à « prendre la garde » au Val-de-Grâce, la mort sans phrases de quelques professeurs ou agrégés de valeur, voire même la suppression de la solde des Ecoles, brochant sur le tout, ne nous paraissent pas de nature à créer des économies budgétaires sensibles.

Il y aura surtout économie d'émulation et de travail.

Déjà l'*aptitude* conferée à tous comme avec un arrosoir a mis à mal les vocations délicates et déconseillé l'étude.

Déjà 600 médecins militaires, parmi lesquels les mieux doués, ceux qui ont le tempérament de labeur, n'ont à portée de leur main intellectuelle que 8 ou 9 places d'agrégés au plus.

Hors de là, l'immersion dans la foule.

Ces jeunes vaillants, on semble leur dire entre les lignes d'être plus spécialement forts en législatif et en administratif, et que le travail, l'aiguisage quotidien, le mérite et la valeur cliniques, sont un bagage dont plus d'un Inspecteur a sû se passer.

On relève fâcheusement ces amoureux des genoux de l'Etude.

On tue chez eux le meilleur — la foi.

Et peu à peu, par des choix subis malencontreusement, l'accoutumance se fait à ces insinuations périlleuses que tous les docteurs opèrent, diagnostiquent, pronostiquent et guérissent également; que l'inertie et le travail ont des fruits égaux, sans réfléchir que l'extrême logique des égalités et des économies conduirait à remplacer les médecins eux-mêmes par des infirmiers de visite plus économiques encore.

***

Il est vrai que le concept de l'égalité des cerveaux, qui ne part vraisemblablement pas d'une cervelle supérieure, que l'*aptitude* en un mot, va sous peu disparaître.

Un journal qui passe pour avoir, de façon soutenue, l'oreille ministérielle, annonce qu'on étudie en haut lieu—vraisemblablement à l'entresol de la 7e Direction — la transformation de l'*aptitude*. Et cela depuis deux ans.

C'est une révélation.

le 26 nnvembre, et en est sorti libéré le 5 décembre 1887.

Le second cas s'est montré chez un détenu de la prisnn de Sainte-Pélagie. Il est entré à l'infirmerie centrale (service du docteur Variot) le 1er décembre, et en est sorti le 25 décembre 1887. Le jnur même de sa sortie, il a été reconduit à Sainte-Pélagie. Il n'a, par conséquent, pas ρn nnn plus se trouver en contact avec nntre malade actnel et le contaminer.

Observation. — Jean C..., employé de chemin de fer, entre à l'infirmerie centrale (service du docteur Variot), le 18 décembre 1887.

Antécédents héréditaires.—Son pére est mort jeune, d'une pneunonie ; sa mère est morte à 55 ans, hydropique. Il déclare qu'aucun membre de sa famille n'est sujet aux érysipèles.

Antécédents personnels. — On reléve dans les antécédents du malade nne pneumonie au mois de mai 1886.

A 16 ans, il a eu un premier érysipèle. Il dit en avoir eu ensuite 6 ou 7 autres, sans pouvoir préciser davantage. Le dernier remonte à trois ans, et se serait spécialement localisé au cuir cbevelu.

Marche de l'érysipèle actuel.— Le 16 décembre 1887, le malade se trouvait à la prison de la Santé, au quartier cellulaire (2e division, cellule 21). Dans la nuit, il fut pris de céphalalgie, de frissons et de vomissements. Il passa encore la journée du 17 en cellule et le 18 il entra à l'infirmerie.

Le jour de son entrée, la plaque érysipélateuse occupe les deux joues, la lévre supérieure, et s'étend déjà un peu à l'oreille droite. Elle parait avoir eu pour point de départ le côté droit du nez. Dans cette région, il existe de petites pblyctènes qui commencent à devenir croûteuses. Le malade ne peut dire s'il existait antérieurement des écorchures dans cette région.

Le menton est respecté, en même temps que les fosses nasales et le pharynx.

La plaque offre tous les caractères ordinaires typiques : rougeur vive, tuméfaction considérable déformant les traits du visage, bourrelet de délimitation très net.

Engorgement ganglionnaire sous-maxillaire trés modéré.

La peau est cbaude, le pouls vif, à 120. Anorexie compléte, soif. Langue très saburrale, avec tendance à la sécberesse.

Pendant la nuit, un peu d'agitation. Insomnie, mais pas de délire.

Un peu d'albumine dans les urines.

Pas de déterminations viscérales.

Les jours suivants, l'état général reste à peu près le même jusqu'au 20 décembre.

Mais la plaque érysipélateuse a gagné le front, les deux oreilles, le cuir cbevelu dans la région des apopbyses mastoïdes, et un peu le con dans la région sterno-mastoïdienne. On constate des pblyctènes sur la peau dès oreilles. En méme temps le gonflement diminue sur les jones, et l'épiderme commence à desquamer sous forme de larges lambeaux.

22 décembre.—La fiévre est tombée. La langue est un peu plus bumide. Les plaques du front et des oreilles sont encore d'un rouge vif.

Les urines restent faiblement albumineuses.

L'appétit revient.

23 décembrc. — L'éruption pâlit. La tuméfaction des oreilles n'existe plus. La desquamation continue.

25 décembre. — Desquamation abondante. La face a repris ses caractères normaux.

Le malade mange bien.

3 janvier 1888. — Il sort complétement guéri.

On voit que ce malade est un bon terrain pour l'érysipèle, puisqu'il en a déjà été atteint 7 nu 8 fois. Ce n'est cependant point un scrnfuleux : il n'en a ni les caractères extérieurs ni les antécédents, et son érysipèle a eu la marche d'un érysipèle franc.

Conclusion. — Cette observation prouve péremptoirement que si ce malade a été contaminé par un germe étranger avant son entrée en cellule, l'incubation de ce germe a été d'un mois.

REVUE GÉNÉRALE

Sur le Paramyoclonus multiple (*Paramyoclonus multiplex* de Friedreich).

Suite. — Voir le numéro précédent.

Avant de poursuivre cette énumération de faits, j'ai hâte de rectifier une erreur qui s'est glissée dans le dernier paragraphe de l'article qui précède : L'observation de Schultze, présentée à tort comme nouvelle, se rapporte au malade qui a fait le sujet de l'observation de Friedreich. Toute confusion à cet égard se trouve ainsi prévenue.

— Cette rectification faite, je passe à une observation de M. Kowaleski (*Archivio italiano per le mal nervos*, 1887,

Il est exact que les études, et plus spécialement les études modestes, font peu de bruit.

Celle-ci n'en avait pas fait du tout.

Nous ne pouvons que féliciter le Directeur Dujardin-Beaumetz de pareille initiative tout à fait sienne à ce que nous croyons, bien qu'on l'ait antidatée.

Tout vaudra mieux que l'aptitude de tout le monde. Cependant nous avons telle sincérité de conscience que les demi-mesures ont difficulté à nous plaire. Un journal de médecine bien connu trouve qu'il suffirait de médecins brevetés, comme il y a des officiers brevetés d'état-major.

Mais le brevet ne comporte pas de classement par ordre de mérite, et, s'il en comporte, appelons-le par son vrai nom.

C'est le Concours.

En ce cas, qu'il soit le tard bienvenu, mais s'il n'y a qu'un brevet sans classement donnant droit imprescriptible aux grades, c'est une *aptitude*, une deuxième manière moins élastique, à mailles moins laches, voilà tout.

Pourquoi, puisque sur 150 brevetés il y aura clairement un 1er et un 150e, et un abîme entre eux deux, laisser cette possibilité de faire passer le 150e avant le 1er, au lieu de les faire avancer à leur rang de sélection naturelle et publique.

Tout le monde y trouverait son compte : le Pays, les familles, l'Armée, le Corps de santé, voire même ce frére obscur, le pauvre soldat malade.

Oh ! je sais bien l'impossibilité de trouver un jury, de concourir à un certain âge, les mérites spéciaux qui ne peuvent être mis en lumière, à une épreuve, si peu qu'elle soit publique, la modestie qui trouve le grand jour aveuglant et qui se trouble et qui perd un latin qu'elle n'avait pas. Il y a là tout un arsenal de sophismes qui n'est pas d'hier, — du vieux neuf.

Cela est trouvé, pour que les fils béritent, sinon des talents, du moins des charges des péres.

Certes, même au Concours, une part de favoritisme est possible ; mais, en des limites étroites et surveillées, les épreuves devant tous seront toujours autrement limpides et à coefficient avouable que les classements à huis clos.

On a le respect bumain — si on n'a l'honnêteté — du passe-droit.

Dr A. Chassagne.

(A suivre.)

t. XXIV, p. 288), qui s'enchaîne étroitement aux précédentes.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, anémique, qui était sous le coup d'antécédents héréditaires neuropathiques ; *à la suite d'une forte frayeur*, cette femme devint sujette à des secousses cloniques et à des contractions tétaniformes qui avaient pour siège certains muscles des membres, de la nuque et du dos, *sans jamais empiéter sur le territoire innervé par le facial*. L'intensité, l'extension et la fréquence des secousses étaient très variables d'un jour à l'autre. L'intervention de la volonté, et surtout l'exécution de mouvements volontaires, avaient pour effet de diminuer l'intensité des secousses, dont la cessation complète était de règle pendant le sommeil. Les réflexes cutanés et tendineux étaient exagérés. A part cela, la malade se plaignait d'être en proie au vertige, à de l'angoisse, à un affaiblissement de la mémoire.

Un traitement par les courants continus (galvanisation du rachis et du grand sympathique) associé à un régime réparateur a procuré la guérison.

— Une observation du professeur Venturi (*Giornale di Neuropatologia*, 1887, t. V, fasc. 2), ne diffère des précédentes que par un détail nouveau : *Les tissus musculaires des organes de la vie végétative* (utérus, cœur, diaphragme, intestin, etc., etc.), *prenaient part aux secousses cloniques* qui agitaient par moments certains muscles du squelette. En outre *la malade*, une dame de 27 ans, robuste, mais entachée d'une prédisposition neuropathique, *était souvent réveillée d'un profond sommeil par le retour des secousses*.

L'affection durait depuis six ans, lorsque la malade fut soumise à un traitement par les injections sous-cutanées d'atropine et par la galvanisation du grand sympathique. La guérison fut obtenue en très peu de temps ; mais il y a eu, dans le courant des trois années qui ont suivi, une légère récidive.

— Viennent ensuite des observations qui s'écartent plus ou moins du syndrome décrit par Friedreich sous le nom de *paramyoclonus multiplex*, et qui toutes ont cela de commun que les muscles de la face prenaient part aux manifestations convulsives.

Il en était ainsi dans une première observation de M. G. Silvestrini (SPASMO CLONICO DIFFUSO SIMETRICO D'ORIGINE SPINALE. — *Medicina contemporano*, février 1884), mentionnée par M. Marie dans son travail cité : « La description des secousses semble en effet se rapporter très bien à cette affection, ajoute M. Marie. Malheureusement certains détails manquent, notamment ceux sur la production artificielle des secousses. » Outre que les muscles de la face présentaient des contractions, le *réflexe rotulien manquait*. La guérison a été obtenue à la suite d'un traitement par les préparations de nickel.

— De cette observation nous rapprocherons celle qui a été publiée par M. Homén (*Finska lækaresällsk. handl*, 1887, t. XXIX, fasc. 1, p. 9), parce qu'elle réalise cette particularité que les *réflexes cutanés et tendineux*, au lieu d'être exagérés, *étaient moins accusés qu'à l'état normal*.

Le sujet de l'observation, un paysan âgé de 45 ans, avait eu les fièvres intermittentes à l'âge de 15 ans. Une année plus tard, *à la suite d'une violente frayeur*, il avait perdu connaissance. Le lendemain, il a eu pour la première fois des secousses involontaires : d'abord dans les cuisses, puis dans les bras et *par moments au visage*. Depuis lors, ces secousses se sont reproduites à des intervalles plus ou moins rapprochés avec une fréquence et une intensité très variables. D'une façon générale le malade croit pouvoir affirmer que sa maladie est allé en s'aggravant ; c'est quand il était au repos qu'il est le moins tourmenté par les secousses. *L'eau-de-vie*, dont il n'a jamais fait abus, *lui procurait un peu de soulagement*. Durant une maladie fébrile, dont il a été atteint à l'âge de 25 ans, les secousses ont continué de se reproduire. Celles-ci cessaient pendant le sommeil, mais elles éclatent souvent avec une grande violence au moment où le malade était en voie de s'endormir. Pour tout le reste, l'état du malade se rapportait entièrement à la description donnée par Friedreich, du paramyoclonus multiple.

— Une observation de M. Allen Starr (*Journal of nervous and mental diseases*, 1887, t. XIV, p. 416), se rattache à cette seconde catégorie de cas en ce que, lors de la première attaque, mais cette fois là seulement, *les secousses se sont étendues aux muscles de la face*. Eu égard à l'étiologie, cette observation présente une autre particularité curieuse : la première attaque est survenue à la suite d'un effort fait par le malade (un ouvrier âgé de 38 ans) pour soulever un poids considérable, effort qui lui occasionna une violente douleur dans le dos.

Au début de la maladie, les accès se répétaient au nombre de 10 à 12 dans les vingt-quatre heures, chacun d'une durée moyenne d'une heure : on comptait environ 90 secousses à la minute. Plus tard, la fréquence des accès s'est mise à diminuer, ainsi que leur intensité. Les muscles des avant-bras et des mains ne prenaient aucune part à cette agitation convulsive.

Les secousses cessaient complètement pendant le sommeil. Il n'était pas loisible au malade de les faire réapparaître sous le simple effort de la volonté, mais une application du froid ou de tout autre excitant sur la peau suffisait pour donner ce résultat. *Le malade a réussi* l'une ou l'autre fois *à couper ses accès, en buvant de l'eau-de-vie*. Les réflexes tendineux étaient considérablement exagérés.

— Une observation de M. Francotte, de Liège (*Annales de la Société médic. chirurgicale de Liège*, 1887), présente à signaler les particularités suivantes :

Le malade, un ouvrier verrier, âgé de 34 ans, avait des secousses cloniques tellement violentes dans tout le corps (*y compris la face*), qu'il en résultait des mouvements de déplacement de la tête et des bras. Les secousses envahissaient le diaphragme ; au plus fort des accès, le malade avait un embarras de la parole, comparable au bégaiement. Les émotions aggravaient ces manifestations convulsives ; au contraire, celles-ci étaient atténuées par l'exécution de mouvements volontaires et par une pression exercée sur un point douloureux situé dans la région épigastrique. Un traitement par l'électricité n'a produit aucune amélioration ; sous l'influence de l'ésérine, les secousses sont devenues moins fortes.

— Une observation de Bechterew (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank*, t. XIX, fasc. 1, p. 88, 1887) offre d'abord à signaler une particularité relative à l'étiologie. Le sujet de l'observation, une femme de 28 ans, a présenté les premières

manifestations du *paramyoclonus multiplex* à la suite de métrorrhagies profuses occasionnées par un avortement. On ne pouvait pas incriminer la frayeur dans le développement des accidents, et pas davantage l'influence de l'hérédité neuropathique. Autre détail intéressant et qui mérite d'être rapproché de ce qui précède : les manifestations convulsives ont cessé complètement pendant la durée d'une grossesse subséquente, pour réapparaître deux mois après l'accouchement.

Les secousses convulsives, précédées habituellement par une sensation douloureuse dans les membres, éclataient subitement, presque toujours en des points symétriques des membres supérieurs et inférieurs, *quelquefois aussi à la face* et à la région abdominale (droits antérieure de l'abdomen surtout). Quand les paroxysmes convulsife atteignaient une intensité insolite, les secousses s'étendaient aux muscles de la langue et du cou. Aux membres, les secousses se succédaient avec une rapidité très grande, à raison de 120 à 180 dans l'espace d'une minute et par accès séparés par des intervalles de quelques minutes seulement, à une certaine période de la maladie. De temps à autre survenaient des contractions tétaniques de courte durée (de 2 à 5 secondes). A la face, les manifestations convulsives affectaient le plus souvent ce caractère tétanique: subitement, les deux commissures labiales étaient attirées en dehors et en haut, les deux mâchoires étaient fortement pressées l'une contre l'antre, par suite de la contracture des muscles masticateurs ; les lèvres se tendaient, les paupières se fermaient. Tout cela durait plusieurs secondes, pour ensuite cesser rapidement. Quelquefois la langue venait faire saillie en avant des lèvres contractées l'une contre l'autre.

Ces secousses et ces crampes n'étaient pas douloureuses par elles-mêmes; mais souvent les accès laissaient à leur suite de l'engourdissement et une sensation de faiblesse dans les membres. Les accès étaient plus rares et moins intenses quand la malade était calme que lors d'une émotion; leur réapparition était favorisée par le décubitus dorsal. D'autre part, on les faisait réapparaître à volonté dans les membres en percutant les tendons des muscles intéressés, et à la face en percutant l'apophyse zygomatique. Le chatouillement de la peau n'avait que peu d'influence sur le retour des secousses, contrairement à ce qui avait lieu pour les excitations douloureuses (pincement, etc.). Autre détail d'une certaine importance, la malade se réveillait souvent de son premier sommeil comme mue par un ressort, puis ses muscles étaient agités par une série de secousses. Quant au reste, la force motrice, la nutrition des muscles, leur excitabilité électrique et celle de leurs nerfs étaient dans des conditions absolument normales. Les mouvements volontaires ne réveillaient pas les secousses, sauf quand il s'agissait de mouvements uniformes répétés, comme ceux nécessités par l'action de coudre. Les réflexes tendineux étaient exagérés.

L'affection durait depuis quatre ans à l'époque ou fut publiée l'observation. Un traitement par le valérianate de zinc associé à l'arsenic et au fer avait produit une amélioration très franche.

— L'observation suivante, publiée par le professeur Seeligmuller (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1886, no 24, p. 405), sous le double titre de *Paramyoclonus multiplex*, de *myoclonia congenita*, mérite une place à part; elle réalise un syndrome beaucoup plus complexe que celui décrit par Friedreich, l'auteur ne s'est pas fait faute de le reconnaître.

Chez le malade de M. Seeligmuller, les premières secousses musculaires étaient survenues vers l'âge de 5 ans, aux muscles de l'avant-bras (les mains étaient attirées en dehors, principalement quand le malade saisissait un objet) et dans le côté gauche du cou. Par moments, il était pris d'un hoquet très violent. A l'époque où le malade tira au sort, son état était tel que malgré les renseignements par lui fournis sur ses accidents antérieurs, il fut déclaré propre au service (1882). Peu de temps après, pendant son séjour au régiment, une aggravation subite se produisit à la suite d'une douche froide qu'il dut prendre par ordre. Les secousses réapparurent au côté gauche du cou, avec une violence qu'elles n'avaient pas eue jusqu'alors, et sous la peau se dessinait une saillie dure, formée sans doute par la contraction du sterno-mastoïdien. Le malade fut renvoyé dans ses foyers, avec le diagnostic « épilepsie unilatérale ».

Nouvelle aggravation en octobre 1885, qui s'est maintenue. C'est depuis cette époque seulement que les secousses ont envahi le côté droit. Cette aggravation a eu pour cause l'exposition à un courant d'air, le corps étant en sueur. Voici la description donnée par le malade de ses attaques : les secousses commençaient dans le dos, remontaient le long de la nuque jusqu'à la tête, pour gagner ensuite le bras, principalement celui de gauche ; *à la face* se produisaient alors des *mouvements alternatifs d'ouverture et de fermeture des fentes palpébrales*. D'autre part, *les secousses survenaient plus souvent pendant la marche* ou *pendant l'attitude debout, qu'au repos*. C'est quand il est resté longtemps assis que le malade se sent le plus à l'aise. Dans ces conditions, c'est tout au plus si, en fait d'agitation convulsive, l'un des deux pieds décrit des mouvements circulaires de dehors en dedans. Une fois le malade au lit, le calme s'établit vite ; tout au plus, dans les premiers moments qui suivent le coucher, la tête quitte-t-elle brusquement l'oreiller pour se rapprocher de la poitrine. Puis le malade s'endort, et pendant tout le temps de son sommeil, les secousses cessent complètement de se reproduire. Au réveil, les secousses se montrent d'abord aux membres inférieurs, puis dans les autres parties du corps, sous *l'influence du moindre mouvement*. C'est ce qui a contraint le malade à abandonner sa profession de charpentier. Pendant la marche, les pieds étaient brusquement rejetés en arrière, les doigts de pied étaient fixés en flexion forcée ; en outre, par moments, le corps s'arquait brusquement en arrière, sous l'impulsion des secousses. En même temps, les membres inférieurs étaient agités de mouvements désordonnés, rappelant le mouvement qu'on fait pour changer le pas.

Les résultats de l'examen du malade par M. Seeligmuller, méritent également d'être soulignés en partie, parcequ'ils font ressortir des détails étrangers à la description de Friedreich. Le malade étant examiné debout et dépouillé de ses vêtements (l'influence du froid sur la peau exagérait les manifestations convulsives), on voyait les rotules exécuter d'une façon continue des mouvements alternatifs de haut en bas et de bas en haut, mouvements en rapport avec des contractions successives du quadriceps fémoral. Les fléchisseurs des pieds étaient également dans une agitation continue (sorte de tremblement) et *le jeu des doigts de pied était comparable à ce qu'on observe dans les cas d'athétose*. Par moments, se produisait un tremblement manifeste de tout le membre inférieur,

des deux côtés. De même, les muscles du dos et principalement ceux de la région fessière étaient le siège d'un tremblement très intense; par instants, ces parties étaient comme secouées. Les masses sacro-lombaires, fortement contractées, faisaient saillie sous la peau de chaque côté de la ligne médiane. Dans les régions lombaire et sacrée, la peau faisait des plis fortement pigmentés. Agitation musculaire continue aux épaules. Par instants, contractions saccadées des muscles de la paroi abdominale et du crémaster. A la face, mouvements spasmodiques de fermeture des yeux.

Cette agitation *continue* des muscles, répandue à travers tout le corps, était, par intervalles, brusquement interrompue par une sorte de secousse : à ce moment, la tête opérait une rotation vers la gauche, le dos s'incurvait, l'épaule gauche se portait d'avant en arrière et de bas en haut, le tout rappelant l'attitude d'un homme qui, effrayé par derrière, se retournerait sur place vers l'agresseur.

Souvent on entendait, au moment de ces secousses, un bruit expiratoire forcé. Ces secousses se reproduisaient avec une fréquence et une intensité plus grandes pendant la marche. Le malade accusait aussi une sensation insolite de lourdeur dans les jambes et les poignets, et une gêne des mouvements dans les genoux. Exagération des reflexes cutanés et tendineux. Il existait des points douloureux dans la région des lombes, du dos et de la nuque.

D'autres détails sont à noter. Des efforts musculaires énergiques, comme aussi le fait de s'arc bouter, les bras tendus, contre un meuble, exerçaient une influence modératrice sur les secousses ; la constipation opiniâtre à laquelle le malade était sujet avait une influence inverse. Enfin, quand on auscultait les muscles en état de contraction, on percevait un bruit de cuir neuf, cela surtout au niveau du quadriceps fémoral.

Un traitement par les courants continus a procuré une certaine amélioration.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. Moyen de faire réapparaître les cicatrices de piqures de sangsues. — II. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. — III. Les paralysies imaginaires. — IV. Les viols sur les adultes. — V. La vulvite des petites filles.

I. « Plus on se donne à l'exercice de la médecine légale, plus on se méfie des conclusions *a priori*, et cette méfiance est presque toujours utile à la vérité et à la justice. » C'est par ces paroles, si conformes à l'esprit actuel de l'Ecole de Paris et aux déclarations répétées de son chef, M. Brouardel, que M. de Castro commence la relation que nous allons résumer (1).

Les auteurs de médecine légale ne parlent pas de la disparition des cicatrices de sangsues. Cependant, sur un inculpé qui, au dire d'un certificat délivré par trois médecins, avait subi l'application de sangsues à la région cervicale, on n'en retrouva pas les traces. M. de Castro, médecin sanitaire d'Italie, a recueilli alors trente-sept observations détaillées d'individus qui s'étaient appliqué des sangsues à une époque déterminée dans différentes parties du corps. Dans plusieurs cas, il lui a été impossible de distinguer à l'œil nu les cicatrices. Cet examen est plus difficile pour les cicatrices anciennes que pour les récentes, chose d'ailleurs facile à comprendre, à cause de la différente vascularisation des tissus.

Parmi les cas observés, l'auteur cite un marin français à qui, six mois avant, on avait appliqué sur le tragus des sangsues dont on ne voyait plus les traces, et un Maltais chez qui des cicatrices aux paupières datant de huit mois étaient absolument invisibles. M. de Castro eut l'idée de faire des frictions avec la teinture de moutarde qui, en rougissant la peau intacte, ne fait pas changer la couleur des cicatrices, et il réussit dans son expérience. Ce médecin a en outre pu constater que plus les cicatrices sont anciennes, plus elles sont dépourvues de capillaires et conséquemment visibles.

II. Au Congrès de médecine légale de l'année 1878, M. Galézowski avait lu un mémoire sur l'*Etat des paupières après la mort*, dont les conclusions, ne s'appuyant que sur 34 cas, étaient formulées d'une manière dubitative.

Dans une communication à la Société de médecine légale de France (1), M. le docteur Valude a cru devoir reprendre la question. Il a examiné cent cadavres à ce point de vue et est arrivé aux conclusions suivantes :

Environ 10 pour 100 des sujets meurent les yeux fermés; 90 pour 100 meurent les yeux ouverts, soit grandement, soit moyennement. Parmi ceux qui meurent les yeux ouverts, environ 42 pour 100 restent dans le même état et 46 pour 100 subissent un mouvement d'occlusion qui s'effectue plus ou moins complètement, suivant la situation des paupières au moment de la mort. Le mouvement d'occlusion n'est pas indéfiniment prolongé et s'arrête de lui-même après quelques jours. Le ramollissement du globe oculaire est loin de favoriser ce mouvement, ainsi qu'on l'a prétendu. Il est difficile, par conséquent, de formuler une règle fixe à l'égard de l'occlusion spontanée des paupières après la mort.

Pour M. Valude, il serait possible, à la simple inspection, de reconnaître si les paupières ont été closes artificiellement ou si les yeux se sont spontanément fermés. En effet, les yeux clos naturellement, ressemblent à ceux d'un homme en état de sommeil; ceux d'un cadavre qui ont été fermés par la main d'un assistant présentent, à la partie culminante et arrondie de la paupière supérieure, une empreinte blanchâtre légèrement froissée, qui dénote la pression du doigt et reproduit la forme de la pulpe unguéale.

III. La première observation sérieuse de paralysie imaginaire serait due au docteur Russel Reynolds. Le docteur Suckling, de l'hôpital Royal de Birmingham, en ayant observé quatre cas en quatre mois (2), a constaté que cette forme de paralysie s'observe chez des névrosiques ou chez des hystériques. Chez les névrosiques, la paralysie disparaît facilement. Chez les hystériques, elle résiste davantage et récidive facilement. Le docteur Suckling n'a pas de peine à démontrer quelle énorme influence l'esprit exerce sur le corps, puisqu'il

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1887, t. XVII, p. 48.

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1887, t. XVII, p. 163.

(2) The Lancet, septembre 1886.

peut occasionner de pareils troubles du sens musculaire ne se reliant à aucun désordre organique.

IV. M. le docteur Paul Bernard s'est adressé à la statistique pour se rendre compte des modifications dans la fréquence et la répartition des attentats à la pudeur et des viols sur les adultes dans notre pays. Il est arrivé à des conclusions qui ne sont pas dépourvues d'intérêt (1).

Le crime de viol sur adultes, après avoir subi une marche ascendante jusqu'en 1851, a depuis cette époque diminué dans une proportion considérable. Le principal foyer de cette criminalité comprend une longue bande de départements s'étendant transversalement de l'Est à l'Ouest de la France, avec maximum d'intensité en Bretagne, Normandie et Ile-de-France (la Seine exceptée). Un second foyer moins important est constitué par quelques départements du Sud-Est. C'est en mai, juin, juillet et août, que s'observe le plus grand nombre de viols sur adultes. Le maximum de la courbe est atteint au mois de juin, le minimum en novembre. Cependant, d'après M. Bernard, l'influence de la température serait contestable.

Les viols sur adultes sont des crimes de la campagne ; leur fréquence est grande dans les départements agricoles, pauvres et où la population est peu dense. Les accusés de ce crime appartiennent le plus souvent au sexe masculin : ce sont des hommes de 20 à 30 ans, célibataires ou veufs ayant enfants, exerçant pour la plupart la profession de cultivateur ou mettant en œuvre les produits du sol, le fer, le bois. Le nombre des individus se livrant à des professions libérales est assez élevé. Enfin l'instruction, et plus particulièrement l'instruction supérieure, paraîtrait agir favorablement sur la diminution de ce crime.

V. Astley Cooper a écrit que nombre de gens ont été pendus parce que des petites filles, présentant un écoulement vulvaire, avaient été considérées comme déflorées. Or, chez les petites filles, la vulvite spontanée est bien plus fréquente que la vulvite traumatique, et surtout que la vulvite déterminée par des attouchements criminels.

M. Albert Verlet a consacré sa thèse à l'étude de cette importante question (2), et il a démontré que le diagnostic de la vulvite syphylitique présente dans certains cas des difficultés considérables. Car les vulvites blennorrhagique, traumatique, spontanée, n'ont pas des caractères qui leur soient propres et qui permettent de les distinguer sûrement les unes d'avec les autres. Le médecin, dans les expertises concernant les attentats aux mœurs, devra donc commencer par s'enquérir des antécédents morbides de l'enfant, noter dans quel état de propreté elle se trouve, rechercher quelle est sa constitution, se rendre compte avec soin de ce que présentent de particulier ses organes génitaux, enfin, s'il lui est possible, procéder à l'examen de l'inculpé et des vêtements que portait l'enfant le jour présumé de l'attentat.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

(1) Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales, no du 15 novembre 1887, p. 560 et suiv.

(2) Thèse de Paris, décembre 1886.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de matière médicale, par M. Cauvet.

Le second volume des *Nouveaux éléments de matière médicale*, de M. Cauvet, complète heureusement cet important ouvrage. Il renferme des détails sur une série de médicaments ou aliments tels que le vin, l'alcool, le thé, le café, les quinquinas, la digitale, le stramonium, l'ipécacuanha, l'aconit, la coca, la vigne, l'aloès, la casse, le kousso, l'eucalyptus, la noix vomique, la belladone, la valériane, la tanaisie, etc.

M. Cauvet nous dit que son ouvrage est la reproduction de son cours aux élèves de la Faculté de médecine de Lyon ; il ajoute que ses descriptions sont faites surtout d'après la collection que M. Chantre a donnée à cette Faculté.

Mais le désir de présenter à son public cette collection n'a-t-il pas entraîné trop loin notre auteur ? Ne l'a-t-elle pas porté à l'énumération détaillée de produits tels que les racines de carcinium, le pareiva brava, le bucco, les angustures la fraxinelle, le caïl cedra, le soymida, le boa-tam-payong, l'ambrette, le guyun, la bourdaine, le galbanum, et tant d'autres, qui sont réellement peu employés en médecine, et qu'il était inutile de décrire avec un si grand luxe d'informations.

M. Cauvet a donné, sur le vin, les quinquinas et les plantes ordinairement usitées, des renseignements nombreux et fort utiles. Mais, bien que nous comprenions, comme lui, la nécessité de la dissection histologique pour quelques échantillons de la matière médicale, M. Cauvet n'a-t-il pas donné inutilement cette dissection pour d'autres objets peu usités ? (1)

Peut-être avons-nous tort de nous plaindre que « la mariée soit trop belle », que le livre soit trop complet, et paraissons-nous méconnaître la somme d'efforts qu'il a fallu pour mener à fin une si grande entreprise ; mais il nous semble que si un jour M. Cauvet ou un de ses élèves veut extraire de ces deux gros volumes ce qui est indispensable en fait de matière médicale à un médecin et à un pharmacien, il pourra faire un très bon manuel.

Le livre que nous analysons est très soigné sous le rapport de la typographie, et il est orné de gravures très exactes, exécutées d'après nature dans le laboratoire de M. Cauvet.

Dr C. Delvaille.

De l'antisepsie a la Maternité de l'hôpital Saint-Louis (Ses résultats en 1885 et 1886), par M. H. Charles. — Thèse de Paris, 1887.

On n'est plus à compter les bienfaits de l'antisepsie dans la pratique des accouchements. Grâce à elle, l'infection puerpérale est sur le point de disparaître. C'est ce qui ressort à l'évidence des statistiques. Tandis qu'en 1857 la mortalité à la Maternité de Paris était de 5 p. 100 d'après M. Tarnier, elle n'est plus à cette époque que de 1,49 p. 100 à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Ce chiffre diminuera encore dès que ces établissements seront installés dans des conditions plus satisfaisantes, dès qu'ils occuperont des pavillons isolés, dès qu'ils seront loin des malades atteints d'affections médicales ou chirurgicales, des érysipèles, des phlegmons, des

(1) En parlant de la térébenthine de Chio, M. Cauvet dit la cherté de cette substance, mais non son emploi dans le traitement du cancer. qui date déjà de sept à huit ans.

suppurations, des accidents de plaies de toutes sortes dont le voisinage est tant à redouter. Or, c'est ce qui n'existe pas pour la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Aussi quels soins minutieux n'a-t-il pas fallu prendre pour éviter la dissémination des germes. Il serait trop long d'exposer par le menu les détails de la pratique antiseptique telle qu'elle y a été et telle qu'elle y est mise en usage. En tous cas, les résultats ont répondu aux efforts, puisque, à l'heure actuelle, l'accouchement dans les Maternités n'offrant pas plus de danger que les accouchements chez les sages-femmes agrégées, il pourrait être possible, dans l'intérêt de l'enseignement, d'augmenter les premiers au détriment des derniers.

CH. AMAT.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

LITHOLÉINE, SES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DANS LES AFFECTIONS CUTANÉES. — Parmi les découvertes de la chimie moderne, il en est qui n'ont qu'un intérêt de laboratoire, de curiosité scientifique, et qui se résument en une formule. D'autres, au contraire, apportent au médecin un concours précieux, et prennent aussitôt rang dans la classe des médicaments réels. C'est ainsi que les vaselines, solide et liquide, ont rendu service à la thérapeutique en nous donnant soit un excipient, soit un médicament topique simple. Mais si la vaseline est inaltérable, elle n'est pas antiseptique.

Il vient d'être obtenu, sous le nom de « Litholéine », par une distillation à température et pression spéciales, un nouveau produit qui tient de la vaseline et du pétrole.

C'est un liquide onctueux, d'une couleur jaunâtre, dichroïque.

D'après l'analyse de M. Lhoste, nous voyons que :

1° Sa densité 888, à la température de 19°, est intermédiaire aux essences (850) et aux huiles lourdes (905) de pétrole ;[1]

2° Chauffée dans un tube scellé, en présence de soude caustique alcoolisée, elle ne se saponifie pas; ce qui indique l'absence complète de corps gras ;

3° Elle est exempte de résines ;

4° Elle est neutre ;

5° Elle contient quelques traces de calcaire ;

6° Elle est insipide, inodore.

Ce corps défini au point de vue chimique, ce qu'il nous importe surtout de connaître, ce sont les services que la litholéine peut rendre à la thérapeutique.

Tout d'abord, nous avons reconnu qu'elle remplaçait la vaseline liquide et qu'elle était antiseptique et antiparasitaire par elle-même. Théoriquement, elle devait donc s'adresser aux deux grandes classes des maladies cutanées : les inflammations simples et diathésiques, les affections parasitaires.

Les nombreux malades traités à notre clinique pour des affections cutanées, les observations qui nous ont été remises par des médecins français et étrangers, nous ont appris que nous possédons un médicament héroïque, et nous engageons vivement nos confrères à essayer sur leurs malades les effets thérapeutiques de la litholéine ; ils obtiendront des cures inespérées et sans fatiguer leurs malades par une médication compliquée.

L'emploi de la litholéine est des plus simples. Il suffit de laver les parties malades avec de l'eau tiède, ou mieux de l'eau de son tiède, éponger légèrement, puis, à l'aide d'un pinceau, enduire de litholéine autant de fois qu'il sera nécessaire pour que les parties malades soient toujours imprégnées (*autant que possible*, ne pas recouvrir les parties enduites de la litholéine).

Dans les eczémas de toute nature et de toutes formes, dans des cas que nous avions abandonnés aux seuls palliatifs, nous avons obtenu une guérison complète après deux mois de traitement. Une remarque, cependant : quand l'inflammation est très aiguë, il convient de mélanger la litholéine de 20 à 50 0/0 de vaseline (*Salvo Petrolia*).

Mais, où l'action de ce nouveau corps est vraiment merveilleuse, c'est contre les affections parasitaires. Il remplace avec avantage les médicaments salins et végétaux (huile de cade, acide chrysophanique, sels de mercure, de zinc, de plomb). Nous avons guéri des affections parasitaires : Gale, Herpès ;— pustuleuses : Acné, etc.; — papuleuses: Lichen, Prurigo; et, ce qui est plus étonnant, squameuses : Pityriasis, Psoriasis. L'Ichthyose même n'a pas résisté à l'emploi longtemps soutenu de la litholéine.

Il est bien entendu que nous devons combattre les diathèses par l'hygiène, la médication interne, et que les manifestations cutanées seules sont justiciables de la litholéine.

Il nous paraît intéressant de mettre sous les yeux des lecteurs quelques observations de confrères, et personnelles. Quelques-unes nous ont été communiquées par le docteur Roberts :

OBSERVATION II. — C. D..., âgé de 49 ans, négociant, atteint d'eczéma goutteux depuis dix ans. Guéri par l'emploi de la litholéine.

OBS. XIII. — S. P..., 40 ans, photographe, même affection, sous forme d'eczéma sec aux mains. Guéri après deux mois.

OBS. XXX. — J. P..., 21 ans, maçon. Guéri de sycosis datant de deux ans. (Chez ce malade, la litholéine a été additionnée de parties égales d'oléate de zinc.) .

OBS. XV. — J. L..., 24 ans, ménagère, atteinte d'Ichthyose congénitale de tout le corps ; écailles de moyenne grandeur. Après vingt-deux jours d'un traitement consistant en bains de son suivis d'onctions de litholéine, les écailles avaient disparu. Six mois après, la guérison était confirmée. La peau est lisse, douce, donnant seulement la sensation d'une dépression à la place des écailles.

En résumé : Médicament topique de la valeur de la vaseline ; Médicament antiseptique et antiparasitaire qui peut être considéré comme spécifique des maladies de la peau.

Nous faisons en ce moment des recherches à notre clinique de gynécologie. Nous publierons le résultat de nos observations (1).

Dr JULES NOEL.

(1) Il sera expédié *franco* à tout docteur qui voudrait expérimenter la litholéine, un flacon échantillon, sur demande adressée à M. Regnault, 62, rue de Turenne, à Paris.

BULLETIN

TOXICITÉ DE L'AIR EXPIRÉ. — TRAITEMENT DE L'ANTHRAX ET DU FURONCLE PAR LES PULVÉRISATIONS PHÉNIQUÉES. — NOUVEAU RÉACTIF POUR JUGER LES MALADIES DE L'ESTOMAC. — PRODUCTION D'ÉLECTRICITÉ A LA SURFACE DU CORPS. — PATHOGÉNIE DU MAL DE BRIGHT. — DANGERS OU INCONVÉNIENTS DE CONTINUER LES PRATIQUES HYDROTHÉRAPIQUES CHEZ LES FEMME PENDANT LA PÉRIODE MENSTRUELLE. — RÉTABLISSEMENT DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont entretenu l'ACADÉMIE DES SCIENCES et la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE des recherches qu'ils ont instituées concernant la toxicité de l'air respiré. En condensant les vapeurs aqueuses qui sortent des poumons de l'homme et des mammifères, et en injectant les liquides ainsi obhtenus dans les vaisseaux ou dans le tissu cellulaire souscutané d'un animal, ils ont observé des phénomènes d'intoxication auxquels l'animal en expérience ne tarde pas à succomber. La rapidité de la mort paraît avoir été moins grande dans des expériences poursuivies par MM. Dastre et

Loye. Qnoi qu'il en soit, l'air expiré contient une snhtance toxiqne, et, comme cette suhstance, sons une température de 100°, au lieu de perdre de son activité, gagne au contraire en pnissance, on doit admettre qn'elle est de nature chimiqne; c'est nn alcaloïde analogue aux lencomaïnes étndiées par M. Gautier. C'est à la présence de ce principe, hien plus qu'à celle de l'acide carbouique, que l'air confiné devrait son action délétère.

— Le traitement de l'anthrax et du furoncle, sur lequel M. Verneuil a attiré l'attention de l'Académie de médecine, est appelé à rendre de grands services, non seulement parce qu'il donne de très heanx succès, ainsi que le savant professeur l'a montré par des faits nombreux, mais encore et snrtont parce qu'il est d'une application facile. L'intervention chirurgicale, dans la pratique ordinaire, pèche souvent par le défaut de mesure, d'opportunité, de précautions antiseptiques; contribuer à la rendre plus rarement nécessaire est donc une excellente chose. C'est le hut que vient d'atteindre M. Verneuil, en ce qui concerne l'anthrax et le furoncle. Sa méthode de traitement permet de laisser au repos le bistouri et le thermocautère. Il suffit d'avoir à sa disposition un simple pulvérisateur à alcool pouvant fonctionner vingt-cinq minutes, et une solution d'acide phénique à 2 0/0. On protège les parties saines et on laisse à découvert celle qui est le siège de l'anthrax ou du furoncle. On place le pulvérisateur de 25 à 50 centimètres du malade et on règle le jet de vapeur suivant la sensation qu'il éprouve. On peut ne rien interposer entre l'anthrax et la vapeur phéniquée. Quand il y a plaie, on interpose quelquefois une simple épaisseur de tarlatane. Le nombre et la durée des séances sont variables. En général, deux, trois ou quatre séances de 25 minntes par jour sont suffisantes. Dans l'intervalle, on applique sur la plaie un pansement phéniqué humide recouvert de taffetas gommé. Le malade ne tarde pas à éprouver un grand soulagement, et la plupart des causes qui amènent des complications graves sont écartées.

— Si le procédé décrit par M. Germain Sée pour juger les maladies de l'estomac n'est pas moins ingénieux, il a peut-être moins de chance de passer dans la pratique journalière. Dans une salle d'hôpital, ou même en ville, sous la haute autorité d'un professeur de clinique, les malades se soumettent assez facilement au cathétérisme de l'estomac; mais, parmi les dyspeptiques qui courent le monde, on comptera, croyons-nous, de nombreux réfractaires quand le médecin leur demandera de recueillir la quantité de suc gastrique nécessaire à l'examen chimique.

Si l'on admet cette première difficulté vaincue, l'application du procédé est des plus simples. On fait agir sur le suc gastrique une goutte d'une solution composée de deux grammes de phloroglucine et un gramme de vaoilline dans trente grammes d'alcool absolu; s'il y a de l'acide chlorhydrique en grande quantité, oo ohtient une coloration rouge vif; si l'acide est plus dilué, ou voit, par l'évaporation, se déposer des cristaux d'un heau rouge; s'il n'y a pas d'acide chlorhydrique, nulle coloration rouge, nul cristal de la même couleur. M. Sée distingue ainsi trois groupes de troubles digestifs, suivant qu'il y a, dans le suc gastrique, diminution, augmentation ou proportions variables d'acide chlorhydrique. Il n'en conclut pas, d'ailleurs, qu'il faille toujoure donner de l'acide chlorhydrique aux malades dont le suc gastrique est plus ou moins privé de cet acide; la *chlorhydrothérapie* convient surtout dans les dyspepsies ou les dilatations qui s'accompagnent d'hyperprodnction d'acides organiques (tartrique, acétique, etc.).

Les notions chimiques acquises par le procédé de M. Sée trouvent une application peut-être plns importante dans les indications qu'elles fournissent au point de vne du régime. M. Sée s'élève, non sans quelque raison, contre l'abus que l'on fait dn régime lacté et de celui des viandes blanches; quand il y a diminution d'acide chlorhydrique, on se trouve bien des substances amylacées et azotées comme les légumes secs décortiqués. Par contre, dans les dyspepsies hyperchlorhydriques, les amylacés doivent être proscrits du régime et céder la place aux viandes noires et au poisson.

— On sait qu'en frottant la peau d'un chat dans l'obscurité, on dégage des étincelles électriques. Certaines personnes présentent un phénomène analogue, et M. Féré a rapporté à la Société de Biologie l'observation d'nne dame et de son fils, névropathes, hystériques l'un et l'autre, dont les cheveux, sous l'action du peigne, donnent des étincelles, se redressent et s'écartent les uns des autres. La sécheresse de la peau, les impressions morales et d'autres circonstances rendent le phénomène plus net. Ce n'est là d'ailleurs qu'une exagération d'un fait plus général, d'un fait physiologique et, chez tons les individus, le frottement de la peau produit de l'électricité qui se dégage et passe inaperçue, ou au contraire s'accumule et trahit sa présence, comme le fait remarquer M. d'Arsonval, suivant différentes conditions parmi lesquelles l'état hygrométrique de la peau et l'état névropathique des sujets jouent le rôle principal. Il est permis de se demander, avec M. Féré, si ces phénomènes électriques, exagérés chez certains sujets, ne pourraient pas rendre compte d'autres phénomènes tels que ceux de transfert, de polarisation, de sensibilité élective, de certaines actions à distance, etc.

— M. Gaucher, par des injections sous-cutanées de matières extractives (créatine, leucine, tyrosine, xanthine, etc.) chez un cobaye, détermine une albnminurie à laquelle l'animal succombe avec les lésions d'une néphrite épithéliale de même nature que le rein blanc. Les conditions de cette expérience se trouvent réalisées chez l'homme toutes les fois que, sous une influence morbide, les matières extractives résultant de l'oxydation incomplète des matières azotées se trouvent en excès ou que ieur élimination est ralentie; de là la fréquence des néphrites secondaires dans le cours des maladies chroniques. Or, dans ces conditions, il faut so garder de tout régime pouvant introduire dans l'organisme de nouvelles quantités de matières extractives : à ce point de vue, le bouillon est, suivant l'expression de M. Gaucher, une solution de poison pour les brightiques, et les extraits de viande, les bouillons concentrés, les poudres de viaode, etc., peuvent, dans des cas assez nombreux, présenter un véritable danger. Cette conclusion pratique de la communication de M. Gaucher à la Société médicale des hôpitaux ne manque pas d'intérêt.

— La Société d'hydrologie vient de voter, à la suite d'une discussion, des conclusions qui ont aussi une assez grande importance pratique. Bon nombre de médecins, dans les établissements d'hydrothérapie, continuent à doucher les femmes

pendant leurs époques menstruelles. Parmi eux, il en est qui ne voient là simplement aucun danger, aucun inconvénient. D'antres vont plus loin et prétendent en retirer des avantages. La Société d'hydrologie, considérant qn'nne telle pratique pent être et a été en effet suivie d'accidents chez des femmes atteintes d'affections pelviennes, et qne parfois ces affections sont latentes, a émis l'avis que les applications hydrothérapiques doivent être généralement suspendues pendant la période menstruelle et que, dans les cas particnliers où l'on jugerait ntile de lee continuer, il y aurait lien de s'assurer préalablement de l'état des organes pelviens.

— La question du rétablissement de l'Ecole de santé militaire, supprimée par suite de l'annexion de Strasbonrg à l'Allemagne, paraît revenir à l'ordre du jour. On sait qu'à différentes époques, notamment en 1882 et 1883, elle a fixé l'attention du Gouveroement et non moins celle des Facnltés auxqnelles la future Ecole pouvait être annexée. A cette époque, pendant que Lyon faisait des offres généreuses, Bordeaux et Nancy faillirent se partager les avantages de la nouvelle création. La Commission du budget en décida autrement en refusant de voter les crédits nécessaires.

Les inconvénients du système actuel, d'après lequel les élèves militaires suivent librement à leur choix les cours de telle Facnlté ou de telle Ecole de plein exercice jusqu'à l'obtention de leur diplôme, ne semblent pas avoir diminué; on revient donc au projet dont nous parlons, et ce projet, malgré le vent d'économies qui souffle en tempête de tous côtés, finira sans doute par triompber dee hésitations de la Commission du budget. Mais où place-t-on la nouvelle Ecole?

Dans le n° 49 de la Gazette médicale, année 1882, nous avons publié une lettre d'un des plus distingués professeurs de la Faculté de Nancy, qui revendiquait comme une chose due à l'héritière de la Faculté de Strasbourg, la réinstallation de l'ancienne Ecole de santé militaire. Notre confrère ajoutait que la Faculté de Nancy offrait toutes les ressources nécessaires, tant au point de vue pratique ou clinique qu'au point de vue scientifique. C'est là évidemment le côté important de la question; car, si les droits qu'on fait valoir sont des plus respectables, ils ne sauraient cependant passer avant l'intérêt bien compris des générations de médecins militaires qu'il s'agit d'instruire et de former. M. Dujardin-Beaumetz, directeur du Service de santé militaire, a pu, dans une récente visite à la Faculté de Nancy, apprécier l'importance de ses ressources.

Nancy donc maintient ses droits, affirmés il y a cinq ans par un demi-succès.

Bordeaux, qui a partagé ce demi-succès, ne saurait manquer de faire valoir de nouveau les raisons qui avaient dicté en sa faveur la décision ministérielle.

Mais Lyon reste sur la brèche et ne renonce pas à l'espoir de vaincre. C'est ainsi que, dans la séance du 10 janvier dernier, le Conseil municipal de cette ville a donné pleins pouvoirs au Maire pour traiter avec l'Etat, au sujet de l'installation à Lyon de l'Ecole de santé militaire.

Une pareille délibération n'a pu être faite sans que le Conseil ait été saisi administrativement de la question. Il l'a été, en effet, par le Préfet du Rhône, sur une lettre du Ministre qui se dit prêt à reprendre avec la municipalité lyonnaise les négociations entamées et interrompues en 1883.

La lutte est donc de nouveau engagée entre les trois Facultés; l'appoint que leur apporteront les 300 élèves militaires est assez important pour provoqner et justifier leurs revendications.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Hygiène publique. — A la suite d'une communicatinn d'un cas de mort par la rage, une discussion s'est élevée dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité dn département de la Seine au sujet des mesures qu'il y aurait lieu de prendre à l'égard des chiens qui ont mordu.

Jusqu'à présent, l'administration se bornait à demander au propriétaire d'un chien qni a mordu un certificat de vétérinaire constatant l'état de cet animal, parce que, d'après la loi de 1881, on ne pent abattre que les chiens enragés ou suspects de rage.

M. le secrétaire général de la préfecture de police a prié, conséquemment, le Conseil de définir ce que l'on doit entendre par « suspicion de rage ».

Sur cette question, l'Assemblée s'est partagée en deux camps :

Pour les uns, tout chien qui mord sans provocation doit être considéré comme suspect de rage, et, dans ce cas, il doit être conduit à la fourrière pour y être abattu et servir à des expériences d'inoculation qui démontreront, d'une manière évidente, si l'animal était ou non enragé.

Pour les autres, une pareille mesure serait excessive, et l'on ne doit considérer comme suspects de rage que les animaux qui ont été en contact avec un animal enragé.

Finalement, le Conseil a nommé une commission pour étudier cette question.

Faculté de médecine de Paris. — *Bourses municipales.* — Par délibérations en date du 31 décembre 1886 et 28 décembre 1887, le Conseil municipal de Paris a alloué à la Faculté de médecine une subvention nouvelle de 6,000 fr., applicables à la fondation de bourses d'études.

Le montant de la Bourse est de 1,200 fr.

Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves pouvant justifier, pour leur famille ou pour eux-mêmes, d'un séjour de cinq années à Paris ou dans le département de la Seine; les autres conditions d'attribution sont établies par un règlement qui est déposé au secrétariat, à la disposition de tout requérant.

— L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit depuis quelque temps à Bordeaux peut être considérée comme terminée. Depuis le 5 janvier on n'a reçu dans les hôpitaux que six nouveaux malades et il n'y a eu que huit décès pendant la même périnde. Le nombre total des décès occasionnés par l'épidémie depuis le 1er décembre 1887 est de 122.

R. F. R.

NOUVELLES

Assistance publique. — Le jeudi 12 mars 1888, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera nuvert le mercredi 1er février 1888 et fermé le mercredi 29 février 1888, à trois heures.

ASILES D'ALIÉNÉS.—Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard sont séparées.

M. le docteur Paté est nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard et placé dans la troisième classe de son grade (5,000 fr.).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Nominations.* — Au grade de médecin de 2e classe : MM. les docteurs Le Roy, Baisnée, Pinard, aides-médecins, et M. le docteur Comte-Lagauterie, médecin auxiliaire de 2e classe.

— A la suite du concours ouvert le 26 décembre dernier à l'Ecole de médecine navale de Rochefort pour la chaire d'anatomie laissée vacante par le départ de M. le médecin de 1re classe Rochard, le jury a proposé à la sanction du ministre de la marine et des colonies, la nomination de M. le médecin de 1re classe Coquiard.

Mutations. — MM. les médecins de 1re classe Ortal, Auvray, Le Texier, Millou, sont désignés pour embarquer, le premier sur le *Marengo*, le second sur l'*Océan*, le troisième sur le *Suffren*, et le quatrième sur le *Beautemps-Beaupré*.

M. le médecin de 2e classe Comte-Lagauterie est appelé à servir à bord de la *Vipère*, en Chine.

M. le médecin principal Ségard est désigné pour remplir les fonctions de médecin en chef de la division navale de l'Indo-Chine.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES ET LES MALADIES CHRONIQUES. — Le docteur Max Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 28 janvier, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Ce cours sera fait en 12 leçons.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 8 AU SAMEDI 14 JANVIER 1887

Fièvre typhoïde 33.—Variole 8.— Rougeole 9. — Scarlatine 4. — Coqueluche 4.— Dipthérie, croup, 24 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 179.— Autres tuberculoses 23. — Tumeurs : Cancéreuses 54. — Autres 6. — Méningite 25. — Congestion et hémorr. cérébr. 58. — Paralysie 0. — Ramollissement cérébral 13.—Maladies organiques du cœur 81.— Bronchite aiguë 48. — Bronchite chronique 56. — Broncho-pneumonie 43.— Pneumonie 81. — Gastro-entérite : Sein 25. — Biberon 35. — Autres 2. — Fièvre et périt. puerpérales 6. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 27. — Sénilité 34. — Suicides 17. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 209. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine: 1127 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La théorie du microzyma et le système microbien, par M. A. Béchamp, ancien professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine.— Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Etude des localisations angio-cardiaque typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées, par MM. Landouzy, agrégé de la Faculté, et A. Siredey, chef de clinique de la Faculté. — Paris, 1887, Félix Alcan, éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouert. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 4 28 JANVIER 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PARALYSIE DU TRIJUMEAU. — Leçon délivrée à King's College Hospital, le 5 décembre 1887, par DAVID FERRIER (1)

Messieurs,

Je voudrais aujourd'hui appeler votre attention sur un fait fort intéressant au double point de vue clinique et physiologique. Il s'agit d'un cas de paralysie du nerf de la cinquième paire, mais si net et si bien débarrassé de toute complication, qu'il équivaut à l'expérience de laboratoire la plus précise. Bien plus, il a sur elle un précieux avantage. Nous pouvons en effet, de par le témoignage direct du sujet, nous assurer rigoureusement de l'état de sa sensibilité dans les divers départements du nerf intéressé, tandis que pour cette enquête, au cours de leurs expériences sur les animaux, les physiologistes sont obligés d'interpréter des manifestations extérieures plus ou moins significatives. Et, n'est-il pas étrange que, dans la plupart des questions de cet ordre, dans celle de la physiologie du goût, par exemple, après s'être mis en présence de données apparemment identiques, les différents observateurs aient été conduits à des conclusions diamétralement opposées ? Laissez-moi d'abord vous retracer à grands traits l'histoire du malade qui fait le sujet de cette leçon.

(1) Traduit de l'anglais *in* journal THE LANCET du 7 janvier 1888.

Il s'agit d'un homme âgé de quarante-huit ans, employé de chemin de fer, et qui est entré dans nos salles le 25 novembre 1887. Il raconte qu'il y a trois ans, il fit une chute et perdit connaissance pendant un quart d'heure environ.

Dans cette chute, il se fit plusieurs plaies à la tête et en d'autres parties du corps, blessures qui entraînèrent une incapacité de travail de près de trois mois. Il fait remarquer que sans cesse, depuis l'accident, il a eu des crises de douleurs très vives du côté droit de la tête et de la face. Il y a neuf mois environ, il vint à la consultation externe de l'hôpital Middlesex se faire extraire quelques dents de la mâchoire, à droite. Il ne fut pas anesthésié, et l'extraction ne fut pas douloureuse. Ce fut la première fois qu'il s'aperçut de la perte de la sensibilité de ce côté de la face. Il y a six mois, il a commencé à souffrir de l'œil droit ; il suit, depuis, un traitement. Son état général est resté bon d'autre part. Il avoue quelques excès et une blennorrhagie à dix-huit ans, mais il nie tout antécédent syphilitique.

Le malade a toutes les apparences de la santé. Il est d'une constitution robuste.

La région temporale droite et la joue droite paraissent un peu plus maigres qu'à gauche et la paupière supérieure droite semble tomber généralement. Les mouvements de l'œil se font normalement, il en est de même des muscles de la mimique faciale. Le malade ne peut ouvrir la bouche toute grande et, quand il l'ouvre, le menton est très nettement dévié à droite. Il ne peut faire exécuter des mouvements de latéralité à son maxillaire inférieur, ni lui faire dépasser les incisives supérieures dans les mouvements de projection.

Quand il ferme fortement la bouche, ses muscles masséter et

FEUILLETON

ETUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite et fin. — Voir les numéros 2 et 3

III

Mais l'APTITUDE biffée après deux ans d'études des plus secrètes, n'en aura pas moins grevé l'avenir de nombre d'*inaptitudes*. Comme toutes les mesures de faux jugement, elle possède malheureusement une vitesse acquise et une portée posthume.

En premier lieu, les médiocres qui ont eu l'heur inespéré de passer *sous* les épreuves publiques s'agrègent avec joie des médiocres. Ils s'en fortifient.

Puis on les voit se perpétuer jusqu'à l'extrême caducité en service et en solde. Ce sont eux dont on lit les noms dans les journaux militaires, suivis de totaux formidables : quarante-huit ans de service, huit mois, huit jours.

Il faut les boucler dans la retraite, et ils s'entêtent d'autant mieux à l'activité qu'elle est davantage inactive.

Ce volontariat, qui consentirait pour un peu à être éternel, nuit à l'avancement des meilleurs.

***

Aussi, le docteur Dujardin-Baumetz vient-il avec raison de faire ramener la limite d'âge des majors de 1re classe à cinquante-six ans et des principaux de 2e classe à cinquante-huit ans (Décision présidentielle du 11 novembre 1887.)

Il est judicieux d'avoir coupé court à ces dévouements de « dénouements de carrière », mais ce n'est peut-être pas assez. Il faut rajeunir de plus haut. Un directeur peut tout en médiocre, comme l'ont montré les directions précédentes ; il peut tout aussi en bien. Les inspecteurs et principaux de 1re classe (il y en a un petit nombre) arrivés au seul concours en chambre ou en antichambre du CHOIX qu'on n'a vus imprimés leur vie durant que dans l'*Annuaire Rozier*, et qui — bien connus dans leur obscurité — n'ont qu'une notoriété de nomination devraient être atteints.

Il faut aux commandements élevés de guerre autre chose qu'un revêtement de passementeries.

Outre qu'il paraît juste et d'hygiène morale que l'Autonomie soit

temporal droits ne durcissent pas comme ceux du côté gauche; il en est de même pour les muscles qui abaissent la mâchoire, quand on lui fait ouvrir la bouche au maximum. L'excitation faradique du temporal et du masséter gauches provoque instantanément la fermeture de la bouche, préalablement ouverte, alors que la faradisation des mêmes muscles, à droite, avec un courant aussi intense que le malade le peut supporter, ne donne rien. La langue est tirée directement en avant, et ses deux moitiés répondent également à l'excitation faradique. Sur la voûte palatine, on trouve une perforation à gauche de la luette. Cette lésion a déterminé une légère déviation de la luette vers la gauche; mais les piliers du voile du palais fonctionnent d'une façon normale.

La sensibilité au contact et à la douleur est complètement abolie sur les parties latérales droites du front et de la région temporale, sur les paupières et le globe oculaire, le côté droit du nez et la joue droite. Sur le maxillaire inférieur jusqu'à la ligne médiane, anesthésie de la peau avec sensibilité incomplète au pincement. Il y a également insensibilité complète de la narine et de la muqueuse buccale jusqu'à l'amygdale; du côté droit, il en est de même sur toute la partie droite de la langue.

La muqueuse, à la face interne de la joue droite, présente des ulcérations très superficielles, et le malade ne perçoit pas le contact des aliments, quand il mâche du côté droit.

L'odorat est un peu diminué pour la narine droite; mais le malade reconnaît bien l'odeur de menthe, moins nettement qu'à gauche, toutefois.

Le professeur Mac Hardy a constaté ce qui suit pour l'œil droit: La cornée est un peu épaissie, la tension de l'œil est nettement augmentée, bien qu'à un faible degré. A l'ophthalmoscope, on ne trouve pas d'altérations du fond de l'œil. Il y anesthésie complète de la conjonctive et de la cornée. La pupille droite adhère au cristallin sur une étendue assez grande. L'atropine n'a pu rompre ces adhérences. Le malade a souvent des accès de douleurs dans l'œil droit, douleurs très vives et qu'il rapporte au fond du globe oculaire.

Le professeur Pritchard a examiné méthodiquement l'ouïe de notre malade. Les nerfs auditifs sont à peu près normaux. L'oreille moyenne présente un très léger catarrhe chronique; le conduit droit est obstrué par un bouchon de cerumen. Mais, ce bouchon enlevé, l'acuité auditive est égale à droite et à gauche.

Le 29 novembre, on constate que le malade ne perçoit pas le goût du sucre, ni du sel, ni de l'acide citrique, ni de la quinine sur les deux tiers antérieurs de la moitié de la langue, tandis que sur le tiers postérieur la sensibilité gustative semble aussi nette que sur le côté gauche; toutefois, cette sensibilité n'était peut-être pas aussi exquise que du côté gauche.

Le 1er décembre, la sensibilité au niveau de la partie inférieure de la face s'était un peu améliorée, tant à l'extérieur qu'à la face interne de la joue; il en était de même de la partie droite de la langue pour la sensibilité générale et gustative. Le malade percevait nettement le pôle positif du courant galvanique sur le côté droit de la langue, surtout à la pointe, d'une façon plus obtuse un peu plus en arrière Le malade ne pouvait distinguer le goût de la quinine sur le côté droit de la langue; il reconnaissait les autres substances telles que l'acide citrique, le sucre, le sel, mais moins distinctement que du côté gauche.

Quelques jours plus tard, on vit reparaître presque complètement la sensibilité de la partie inférieure de la face et du côté droit de la face, et, à ce moment, les substances sapides étaient également bien distinguées par chaque moitié de la langue. La zône anesthésiée dans les autres départements de la face dominait aussi, mais l'anesthésie était encore très marquée dans le territoire de distribution des première et deuxième divisions de la cinquième paire. L'anesthésie était absolue sur la moitié de la voûte palatine et de l'arcade maxillaire supérieure. L'anesthésie de l'œil persiste, ainsi que les accès douloureux dont il est le siége. La paralysie des muscles masticateurs ne s'amende pas.

Tous ces symptômes peuvent dépendre d'une lésion qui a intéressé le tronc de la 5e paire dans ses divisions motrices et sensitives, et qui est en voie de réparation aujourd'hui. La réparation s'est déjà produite dans la 3e branche du nerf. Ce qui ferait croire à une lésion périphérique, c'est l'atrophie avec perte de la contractilité faradique des muscles masticateurs. Bien que, en théorie, un tel état puisse résulter de la destruction des noyaux moteurs et sensitifs du nerf, on ne conçoit guère qu'une lésion de cette nature ait pu se produire sans entraîner d'autres troubles qui font ici totalement défaut. On ne peut rien affirmer en ce qui concerne la lésion causale de cette paralysie, car la 5e paire est fréquemment englobée dans des tumeurs, des productions de nature syphylitique ou autre, comme elle peut être lésée dans les traumatismes de l'étage moyen de la base du crâne. En règle générale, la lésion qui détruit la 5e paire atteint aussi d'autres nerfs voisins.

En faveur du traumatisme, dans le cas qui nous occupe, on peut invoquer ce fait que les symptômes débutèrent immédiatement après une blessure grave de tête, et l'on voit, par une ou deux observations analogues, qu'un tel traumatisme peut provoquer la paralysie de la 5e paire. J'en veux pour preuve l'observation rapportée par Rigler et citée par Romberg. Mais

---

aux mains exclusives d'autonomistes de la veille et non de convaincus après la lettre, il sera bon que l'avancement et le recrutement déjà atteints de nos jeunes camarades ne soient plus arrêtés par ces « barrages ».

Ce sont en effet les mesures d'équité, de droit, de grade aux plus dignes, qui feront venir à la médecine militaire le meilleur des laborieux. Tout autant que l'Ecole de santé projetée, idéal cependant désirable à nombre d'égards, et dont beaucoup de conseils municipaux, plus épris qu'on ne l'eût supposé de leur maturité, briguent la main — même sans dot.

Il est vrai qu'il y a des espérances.

***

Des diverses villes: Montpellier, Nancy, Lyon, Bordeaux, qui aiment pour elle-même la Médecine militaire et se sont « déclarées », les deux dernières semblent réunir le plus de titres et d'apports. Ce qui ne nuit jamais aux alliances.

Peut-être Lyon, par sa proximité relative des frontières italiennes et allemandes (il faut mettre nos établissements militaires hors de portée de l'ennemi; Metz et Strasbourg nous l'ont bien prouvé) se recommande-t-il moins que Bordeaux, qui, par l'internavigation du Brésil, Plata, Antilles, Sénégal, joint aux cas usuels une clinique pour ainsi dire exotique dont, le Tonkin l'a bien prouvé, le médecin militaire ne peut absolument se désintéresser.

C'est affaire de choix délicat pour le ministre.

Mais, hélas, les ministres proposent et les commissions du budget disposent.

Il y a quelques jours, le rapporteur du budget de la guerre ne vient-il pas de conseiller le remplacement de nombre de médecins militaires par des confrères civils à meilleur compte. Il faut de la prudence dans cette voie, dont les objectivités premières sembleraient devoir être la substitution des boulangers de Paris à la Manutention du quai de Billy et d'un grand nombre de teneurs de livres à la plupart des officiers plumitifs. Il vaut mieux essayer de ces douteux tâtonnements d'épargne sur les « bons de linge et chaussures » des hommes que sur leur santé.

M. Cavaignac, qui est surtout militaire par le nom, a vraisemblablement obéi à un sentiment de réaction (légitime en bien des points il faut l'avouer) contre les agissements de l'ex-directeur, qui voulait tenir en sous-lieutenance à perpétuité nos distingués con-

la syphilis touche si souvent les nerfs craniens, qu'on doit la faire rentrer en ligne de compte, malgré les dénégations de ce malade, d'autant mieux que nous trouvons chez lui une perforation du voile du palais de cause inconnue. On pourrait peut-être invoquer deux facteurs : une cause prédisposante résultant de la syphilis, et l'autre déterminante, le traumatisme.

Si l'on considère que tous les muscles que l'on peut explorer directement et qui sont innervés par la 5e paire sont paralysés, il est probable que la totalité de la branche motrice a été détruite. Aussi, cette observation a une importance considérable pour l'étude de l'innervation des autres muscles qui recevraient leur innervation motrice directement ou indirectement de la 5e paire.

On enseigne généralement que la branche motrice de la 5e paire innerve l'azygos de la luette et le muscle pérastiphylin. Si cela était, nous aurions constaté une déviation ou une action défectueuse du voile du palais. Le pilier droit en particulier serait plus élevé que le gauche, ce qui serait dû à l'action du releveur droit non compensé par son antagoniste. A cause de la perforation du côté gauche du palais, nous ignorons quelle position la luette aurait prise si cette lésion n'avait pas existé, mais on n'a pu découvrir aucune anomalie dans la motilité ni les déplacements du voile du palais quand il entrait en action.

Cette observation ne confirme donc pas la théorie qui fait innerver une partie des muscles du voile du palais par la 5e paire.

Dans ses expériences sur les chiens, Vulpian n'a pu provoquer aucun mouvement dans le voile du palais par l'excitation des racines, soit de la 5e paire, soit du nerf facial ; d'autre part, il produisit des mouvements dans le voile du palais par l'irritation du spinal accessoire ou accessoire vague. De semblables expériences faites sur des singes par Beevor et Horsley démontrent également que le nerf spinal accessoire est un des nerfs moteurs du voile du palais, sinon le seul. Néanmoins, de nouvelles études et de nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider complétement l'innervation motrice du voile du palais et établir les relations qui existent entre certaines paralysies de cet organe et celles de la 5e paire ou du nerf facial. Dans ces recherches, le nerf de la corde du tympan doit être étudié avec soin.

D'après Lucas, la paralysie de la corde du tympan amènerait dans l'oreille du même côté des bourdonnements et une acuité auditive anormale, exagérée pour les notes élevées.

Dans le cas présent, aucun de ces troubles n'existe, et nous devons conclure, en supposant que la totalité du nerf moteur soit détruite, ou que la corde du tympan n'est pas suppléée par la 5e paire, ou bien que les symptômes que décrit Lucas n'existent pas nécessairement dans tous les cas.

Vous vous rappelez qu'il y avait une diminution appréciable de l'odorat dans la narine droite. Pourtant, vous ne devez pas l'attribuer à une lésion du nerf olfactif, mais à l'état de la membrane muqueuse de cette narine créé par la perte totale de la sensibilité commune. Ce fut à la suite d'un cas semblable que Magendie fut conduit à considérer la cinquième paire et non la première comme le véritable nerf de l'odorat.

L'état de l'œil droit mérite une mention spéciale. Il présente les signes d'une ancienne kératite avec une congestion vasculaire généralisée et l'iris a des adhérences telles qu'elles ne cèdent pas sous l'influence de l'atropine. D'après les notes fournies à M. le professeur Mac Hardy par M. Lang qui soigne le malade depuis quelque temps, la kératite a sûrement précédé l'iritis.

Lorsque l'on fit le premier examen il n'y avait aucune trace d'iritis antérieure. Ce fait est important, car il montre que dans le cas présent, l'iritis n'est pas une récidive d'une affection antérieure, probablement spécifique, mais qu'elle dépend plutôt de la même affection, qui provoqua tout d'abord l'inflammation de la cornée.

Ceci, très vraisemblablement, représente un exemple de ce que l'on a désigné sous le nom d'ophthalmie neuro-paralytique, affection fréquemment observée chez l'homme et sur les animaux après la lésion de la cinquième paire.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de cette ophthalmie.

Selon quelques auteurs, l'inflammation de l'œil est le résultat de la perte de sensibilité de la cornée qui ne la met plus en garde contre les influences extérieures et la rend incapable de se protéger. Mais cette théorie se trouve en opposition avec beaucoup de faits.

Le globe oculaire peut être parfaitement insensible comme dans les cas d'hémi-anesthésie de cause cérébrale sans qu'il survienne aucune inflammation. Dans d'autres cas de sem-

---

frères civils, nos professeurs et agrégés de Facultés, dans les grades subalternes, et semblait préférer en quelque sorte une forte autorité de caporal à l'autorité scientifique.

Cette réaction est pénible, mais de justice. Aussi, à notre avis, le directeur Dujardin-Beaumetz, quelles que soient les faveurs actuelles, et qui ne vont pas sans des jalousies, doit-il se garder des conseils de faire « trop grand », qui lui viennent peut-être des mêmes amis dangereux qui proposaient il y a quelques années de créer 19 inspecteurs pour les 19 directions de Corps d'armée.

Il faut un coup d'œil fort mesuré en sa propre cause.

Le Corps de santé militaire a demandé l'Autonomie que pour sa dignité et le mieux du soldat malade ; il est essentiel qu'il demeure les mains très ostensiblement vides à ce chevet d'honneur, qu'il ne soit en rien soupçonné d'avoir bataillé pour lui, comme l'Intendance a multiplié les « écritures » et confisqué « le Contrôle » un peu pour elle-même, suivant ce que conjecture l'Armée.

* *
*

Le Directeur actuel est homme à demeurer plus en-deçà de ces limites d'une bonne renommée et à poursuivre droitement l'objectif élevé de l'émancipation médicale, le soin paternel des souffrants.

La preuve, s'il en était besoin, ressort des mesures récemment prises ou projetées : meilleur recrutement des infirmiers (1) pour des soins meilleurs ; attribution au Corps de santé seul de l'approvisionnement qui sera désormais scientifique, les comptables et infirmiers devenus bien nôtres, Corps sanitaire (comme en Angleterre ils appartiennent à l'A. H. C., *Arnig Hospital Corps*) et recevant exclusivement l'impulsion médicale pour le perfectionnement de cette objectivité constante, la cure du soldat malade (Projet de loi du 2 décembre 1887).

Enfin, la giberne rouge, ornement coquet — et qui a déjà fait

(1) Ils ne seront plus tirés des régiments, où l'on se débarrassait des non-valeurs sur le Service de santé-exutoire. Un de ces infirmiers — malgré lui — se présentait récemment dans un hôpital de Paris avec ses notes de proposition oubliées dans le livret par déplorable mégarde. On y lisait : « *paraît idiot, maladroit de ses mains ; proposé d'office.* »

C'étaient les motifs du CHOIX.

blables inflammations de l'œil sont survenues à la suite de lésions de la cinquième paire sans perte complète de la sensibilité. De plus, lorsqu'à la suite d'une lésion de la cinquième paire l'anesthésie est complète, il ne survient pas fatalement une inflammation de l'œil. Dans une observation rapportée par M. Hutchinson, malgré une complète insensibilité de l'œil due à une paralysie de la cinquième paire, il ne survint aucun phénomène inflammatoire pendant une période de douze semaines. Le malade fut observé depuis le commencement de son affection. Dans quelques cas au contraire, une panophthalmie survint avec une telle rapidité, après la lésion de la cinquième paire, qu'on ne peut la comparer qu'à la rapidité du *decubitus acutus* survenant à la suite de certaines lésions cérébrales ou médullaires..

Pour expliquer cette inflammation on ne peut pas incriminer seulement la simple dilatation paralytique des vaisseaux sanguins. En effet, Sinitzin a montré que non seulement la dilatation paralytique des vaisseaux de l'œil, due à une section du lympatique cervical, ne prédispose pas à l'ophthalmie, mais qu'elle prévient plutôt les ophthalmies qui pourraient résulter d'une section de la cinquième paire.

Nous sommes obligés, pour cette raison, de considérer l'ophthalmie neuro-paralytique comme dépendant directement de l'influence qu'exerce la branche ophthalmique de la cinquième paire sur la nutrition du globe oculaire, et de la mettre complètement en dehors de toute influence vasculaire ou autre. De fait, on invoque généralement l'inflammation de l'œil, consécutive à une lésion de la cinquième paire, comme une preuve de l'existence des nerfs trophiques spéciaux. On suppose qu'ils cheminent sur le côté interne du nerf, les lésions de cette région étant plus spécialement capables de produire les troubles trophiques indiqués. Je crois que l'influence directe du système nerveux sur la nutrition des organes auxquels il se distribue, a été démontrée d'une façon surabondante. Mais je ne puis pas encore me faire à l'idée d'admettre l'existence de nerfs trophiques, en tant que nerfs distincts de ceux qui président au mouvement, à la sécrétion et à la sensibilité. Les troubles trophiques qui accompagnent les lésions des nerfs sensoriels dans les différentes parties du corps sont bien connus. Mais les faits plaident en faveur de la théorie qui admet que dans tous les cas ces troubles sont associés à des lésions irritatives ou inflammatoires des nerfs en question. Les lésions incomplètement destructives des nerfs sont plus aptes à produire une irritation qu'une section complète ; et les phénomènes inflammatoires se rencontrent certainement beaucoup plus fréquemment dans ces cas que dans ceux où le nerf a été complètement détruit. Dans le cas actuel, la cinquième paire est évidemment le siège d'une irritation aiguë. Nous sommes en présence d'un exemple typique de ce qui a été appelé anesthésie douloureuse. Le malade est en proie à des douleurs lancinantes paroxystiques continuelles, siégeant dans la zone de distribution des trois branches et plus spécialement dans le globe oculaire; ce dernier serait, dans sa partie profonde, le siège d'une sensation de brûlure intense. En effet, il nous est facile de voir que le récit du malade est exact; continuellement vous le voyez tressaillir subitement et se contracter vivement à chaque fois qu'un accès de douleur traverse son œil droit et le côté correspondant de la tête et de la face. Cet état a persisté pendant tout le cours de la maladie. Nous avons donc de bonnes raisons pour croire que l'ophthalmie neuro-paralytique, consécutive aux lésions de la cinquième paire, est, comme pour tous les autres nerfs sensoriels, sous la dépendance d'un état irritatif ou inflammatoire et n'est pas due simplement à l'interruption d'une communication qui existait entre la région et des centres trophiques spéciaux. En effet, s'il en était ainsi, l'ophthalmie neuro-paralytique accompagnerait invariablement la paralysie complète de la cinquième paire ; or le cas d'Hutchinson et d'autres qui pourraient être cités, sont en contradiction manifeste avec une pareille hypothèse.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

Sur le Paramyoclonus multiple (*Paramyoclonus multiplex* de Friedreich).

Suite. — Voir les numéros 2 et 3.

En somme, les troubles de la sensibilité (zone d'hyperesthésie dans la région du rachis), l'influence modératrice que le repos exerçait sur les manifestations convulsives, l'influence inverse des mouvements volontaires, le caractère particulier que revêtait le trouble moteur aux extrémités in-

---

des jaloux. Si cet insigne voyant désigne peut-être le médecin à quelques balles, il le désignera aussi au blessé. Et aucun confrère n'est homme à reculer pour ce péril devant cet honneur.

A l'égard de nos distingués camarades de la Réserve et de l'Armée territoriale, c'est un article de plus (d'utilité faible, car il est le plus souvent inhabité de la trousse et « corps sans âme ») à ajouter aux acquêts de l'équipement de guerre.

En effet, l'Etat qui accorde des deux mains comme «d'office» une première mise à l'avocat du coin, la refuse on ne sait trop pourquoi au médecin réputé flatteusement assez riche pour payer sa gloire.

Mais il faut se défier des flatteurs — surtout budgétaires.

Il nous paraît qu'il serait de bon goût d'accorder aux Maîtres et agrégés de nos Facultés mieux que des vêtements de sous-officier — même neufs — alors qu'on équipe des intendants, officiers des Subsistances et interprètes de Réserve.

* *

Et qu'on va décréter l'*Unification des soldes*.

Quelques journaux militaires appuient cette Unification pour des raisons qui nous paraissent quelque peu de clientèle.

Le 1er janvier est une époque de renouvellements.

Et le sentiment se trouve d'accord avec le tirage.

L'argument fort est que les intendants et les pharmaciens (qu'on agite pour s'en servir dans tous ces débats de solde) émargent plus que l'Infanterie.

Mon Dieu, qu'on ramène intendants et pharmaciens à un tarif plus réduit, si on peut les recruter— ce qui est discutable—je ne m'y oppose mie. Mais venir dire que le jour où docteurs et ingénieurs militaires auront même solde que le commun, il y aura tout autant d'acharnés à piocher cinq ans les diplômes, c'est méconnaître l'humaine nature.

On ira au plus court et au plus facile.

Je le prédis surtout pour les médecins dont le rôle assez obscurément accessoire n'a ni les gloires et les musiques compensatrices du Commandement.

Ni le panache.

Il n'est pas de bachelier qui ne puisse établir ce calcul simple, qu'il vaut mieux commander un bataillon que son porte-sac.

A égalité d'avantages matériels, on préférera à l'échappée du lycée moins se barbouiller d'encre et passer officier plus jeune, dût-on

férieures (athétose), l'envahissement des muscles de la face, les bruits inspiratoires et expiratoires que faisait entendre le malade, l'origine congénitale des accidents sont autant de caractères qui établissent entre cette observation et le *paramyoclonus multiplex*, tel qu'il a été décrit par Friedreich, une ligne de démarcation bien nette.

La même remarque s'applique aux deux observations d'Ewald (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1883, n° 51, p. 798), dont il a déjà été question : Il s'agit de deux femmes, âgées l'une de 37, l'autre de 50 ans, chez lesquelles on voyait se produire, d'une façon incessante et indépendamment de toute cause occasionnelle apparente, des secousses musculaires intéressant soit le muscle large du cou, soit les muscles de la face et des membres. Il en résultait des mouvements alternatifs de flexion et d'extension des avant-bras, des doigts, des cuisses et des jambes, des mouvements de rotation dans l'articulation de la hanche, d'où une agitation musculaire continue, répandue à travers tout le corps, qui augmentait sous l'influence des émotions. Contrairement à ce qui a lieu dans la chorée vulgaire, cette agitation désordonnée cessait pendant l'exécution des mouvements intentionnels. Chez les deux malades, l'affection paraît avoir été une conséquence de l'hérédité morbide; des accidents de même nature ont été constatés chez des ascendants, à travers trois générations. Toutefois chez ces deux malades, les premières manifestations convulsives n'ont apparu qu'à un âge relativement avancé (à 30 ans chez la première, à 35 ans chez la seconde).

D'autres observations de *paramyoclonus multiplex* ont été publiées par Silvestrini. (Nouvelle observation. *Medicina contemporana*, 1886, n° 11), par Popoff (*Morskoï Sbornik*, 1886, n° 4), par Rybalkin (Société de Psychiatrie de Saint-Pétersbourg, 1887). Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement précis sur ces faits.

Nous allons maintenant faire la synthèse des documents cliniques qui précèdent, et tâcher de fixer d'une manière précise les traits essentiels du syndrome que l'on entend désigner par ce nom de *paramyoclonus multiplex*.

A. Il est d'abord un certain nombre de *caractères négatifs* qui n'ont fait défaut dans aucune des observations précitées; ce sont :

L'intégrité de la force motrice, de l'excitabilité mécanique et de l'excitabilité électrique des muscles envahis par les manifestations du paramyoclonus, et de l'excitabilité électrique des nerfs.

Les manifestations convulsives résument à peu de chose près toute la symptomatologie du *paramyoclonus multiplex*; leurs caractères méritent d'être étudiés dans leurs moindres détails.

B. *Secousses convulsives*. — Elles consistent essentiellement en secousses cloniques, dont la fréquence, pour un même muscle, variait de 10-20 à 40-50 par minute, chez le malade de Friedreich. A l'état de veille, cette agitation convulsive durait d'une façon presque continue, interrompue par de rares intervalles de repos, d'un quart d'heure à une demi-heure de durée. Par moments, les secousses qui agitaient certain muscle se suivaient avec une rapidité telle qu'il en résultait une sorte d'*état tétanique* de très courte durée (une à deux secondes), laissant à sa suite une sensation douloureuse.

Les valeurs indiquées par d'autres observateurs pour la fréquence des secousses, oscillent entre des limites assez étendues. Chez le malade de Lœwenfeld, cette fréquence était très variable d'un muscle à l'autre, et dans un même muscle d'un moment à l'autre. Ainsi au long supinateur, le nombre des secousses, à la minute, variait de 20 à 100, au semi-tendineux de 10 à 140. M. Marie a indiqué comme chiffre moyen du nombre des secousses, chez son malade, de 5 à 10 à la minute. Chez le malade de Bechterew, le nombre des secousses par minute s'élevait parfois à 180, dans certains muscles; à 80-100, chez le malade de Homén; à 90 en moyenne, chez le malade de Starr.

Le rhythme des succession des secousses n'est soumis à aucune régularité.

Cette sorte d'*état tétanique* signalé par Friedreich, et dû à ce qu'un certain nombre de secousses se suivent avec une rapidité très grande, a été noté par d'autres observateurs (Marie, Bechterew).

Dans presque toutes les observations, il est spécifié que l'*intensité des secousses* était, d'une façon générale, variable d'un moment à l'autre, comme la fréquence, et proportionnelle à cette dernière.

Ce n'est qu'exceptionnellement que cette intensité était telle

---

trouver dans sa giberne un bâton de maréchal au lieu d'une trousse.

C'est l'humaine faiblesse qu'on ne fasse effort qu'en raison du but.

Aussi, de même que nous avons prédit ici même et le premier il y a dix mois, les médiocres résultats de l'Unification des *aptitudes* et de toutes les unifications à outrance, nous tirons même augure de l'unification des soldes.

Et on le verra bien, car elle sera votée. Elle a pour elle le plus grand nombre.

Et les raisons de réélection — comme celles de réabonnement.

Dr A. CHASSAGNE.

TROISIÈME SESSION DU CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Ce Congrès se tiendra du 12 au 17 mars. dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès : I. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extractions, opérations diverses). — II. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive. — III. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Létiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs. — IV. — De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes et de la prophylaxie.

Toutes les communications devront être adressées à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général du Congrès de Chirurgie, 10, place Vendôme.

— La laïcisation de l'hôpital de la Charité a été effectuée lundi matin. Les sœurs sont parties dans sept voitures de place pour l'Hôtel-Dieu, leur maison mère. Un fonctionnaire de l'Assistance publique a immédiatement installé les quarante-deux nouvelles infirmières.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté ministériel, en date du 11 janvier 1888, la chaire de pathologie comparée et expérimentale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

qu'il en résultait un *déplacement d'un membre* ou d'un segment de membre. Dans l'observation de Friedreich, il est dit que les secousses qui agitaient le biceps brachial produisaient parfois une légère flexion de l'avant-bras; que, de même, les secousses du long supinateur produisaient un léger mouvement de supination de la main. Marie parle seulement d'un petit saut sur place, une sorte d'extension brusque des deux jambes, avec génuflexion presque instantanée observée chez son malade, en fait de mouvement de déplacement.

Chez le malade de Homèn, il se produisait par moments un soubresaut de tout le corps, comme si le sujet avait reçu un coup à l'épigastre.

Lœwenfeld et Bechterew ont explicitement signalé l'absence de mouvements de déplacement en rapport avec les secousses cloniques.

Par contre, presque tous les observateurs ont mentionné des *mouvements de déplacements de la rotule* de haut en bas et de bas en haut, comme conséquence des secousses cloniques qui agitaient le droit fémoral.

Dans la plupart des observations, on trouve signalée la *répartition symétrique* des secousses cloniques; mais ce point spécial réclame quelques explications. Cette symétrie n'implique pas que toujours les secousses agitaient simultanément des muscles symétriques; il n'en était ainsi que lors des accès d'une grande intensité. En dehors de là, les secousses étaient limitées à un ou plusieurs muscles, d'un seul ou des deux côtés du corps; elles se déplaçaient d'une région à l'autre, quelquefois se généralisaient à tous les muscles appelés à participer à cette agitation convulsive. Presque toujours, les secousses avaient, chez le même malade, une intensité plus grande dans une moitié du corps. Dans l'une ou l'autre observation (Bechterew, Seeligmuller), on trouve signalée une tendance des secousses à conserver une répartition unilatérale.

Eu égard aux groupes de muscles envahis par les secousses cloniques du *paramyoclonus multiplex*, nous avons déjà dit qu'une première distinction s'impose entre les observations jusqu'ici connues.

A. Dans les unes (observations de Friedreich, Lœwenfeld, Marie, Remak, Kowalewski, Venturi), l'agitation convulsive est restée limitée aux muscles des membres et du tronc, avec une prédilection marquée pour les muscles suivants :

Aux *membres supérieurs*, le biceps et le triceps brachial, le long supinateur;

Aux *membres inférieurs*, le droit fémoral, le vaste interne et le vaste externe, le demi-tendineux et le demi-membraneux, le quadriceps;

Au *tronc* (beaucoup plus rarement), le grand pectoral, le droit antérieur de l'abdomen.

B. Dans les autres observations (Silvestrini, Homèn, Starr, Francotte, Bechterew, Seeligmuler), les muscles de la face ont, une fois au moins sinon d'habitude, participé à l'agitation convulsive.

Enfin, dans une observation de Venturi, il est mentionné que les muscles de la vie végétative étaient agités par les secousses cloniques, à l'instar des muscles du squelette.

L'influence réciproque *des mouvements volontaires et des secousses cloniques* a également présenté des variantes dans les diverses observations. En thèse générale, les manifestations convulsives, loin d'apporter une entrave à l'exécution des mouvements volontaires, cessaient quand venaient à se contracter les muscles agités par des secousses. Dans le seul cas, relaté par Bechterew, il est dit que certains mouvements uniformes et souvent répétés (mouvements pour coudre) rappelaient les secousses.

Quant au malade de Seeligmuller, qui a été contraint d'abandonner sa profession de charpentier parce que les secousses se reproduisaient au moindre mouvement, son observation, pour les raisons susdites, ne saurait être considérée comme un exemple authentique de *paramyoclonus multiplex*.

La *cessation des secousses pendant le sommeil* est notée comme un fait constant, par tous ceux qui ont publié des observations de *paramyoclonus multiplex*. Chez l'un ou l'autre malade (observations de Friedreich, de Bechterew), le sommeil était parfois brusquement interrompu par une sorte de soubresaut; les secousses cloniques se produisaient ensuite jusqu'à ce que le malade fût de nouveau livré au sommeil.

Chez deux malades, l'usage modéré de l'alcool a exercé une influence modératrice sur les manifestations convulsives.

Les circonstances mentionnées comme ayant eu une influence inverse sur l'intensité et sur le retour des secousses, comme étant de celles qui permettaient de faire réapparaître à volonté les manifestations convulsives du *paramyoclonus multiplex* ou d'en accroître l'intensité sont : les émotions, certaines attitudes impliquant le repos relatif des muscles (attitude assise, décubitus dorsal); les excitations de toutes sortes portées sur la peau, principalement le chatouillement, les impressions de douleurs causées par le pincement de la peau, une piqûre, l'impression du froid, la compression de la peau et des muscles sous-jacents. Vu l'absence d'une exagération de l'excitabilité mécanique des muscles, ces résultats sont évidemment à mettre en rapport avec une exagération de l'excitabilité réflexe que mettent en jeu les excitations cutanées.

C. *Etat des reflexes tendineux*. — Avec cette exagération du pouvoir excito-moteur concordait, dans la très grande majorité des cas, une exagération des reflexes tendineux, sinon de tous, du moins du reflexe patellaire. Une fois seulement (Homèn), les reflexes tendineux étaient diminués d'intensité; dans un autre cas de *paramyoclonus multiplex* (Silvestrini), on a constaté l'abolition du phénomène du genou.

D. *Troubles de la sensibilité*. Ils n'ont été rencontrés qu'à titre tout à fait exceptionnel et n'attiraient que très peu l'attention des malades. Par elles-mêmes, les secousses cloniques n'étaient pas douloureuses, mais elles laissaient quelquefois à leur suite une sensation d'endolorissement, ou encore des fourmillements, de l'engourdissement, ou encore une sensation de fatigue.

E. *Marche. Durée. Pronostic.* — La marche de l'affection est soumise à de grandes irrégularités. Sa durée varie de plusieurs mois à quelques années. Le pronostic est favorable; la guérison a été obtenue dans la majorité des cas jusqu'ici connus.

F. *Etiologie*. — Elle peut se résumer dans ces quelques mots : L'anémie paraît exercer une *influence prédisposante* manifeste sur le développement du *paramyoclonus multiplex*; la frayeur paraît intervenir d'une façon tout aussi manifeste à titre de *cause occasionnelle*.

En effet, dans presque toutes les observations, il est dit que les malades portaient l'empreinte d'une anémie bien franche; dans l'observation de Bechterew, les premières manifestations du *paramyoclonus multiplex* ont éclaté aussitôt après une métrorrhagie puerpérale profuse. D'autre part, une vio-

lente frayeur est signalée dans plusieurs observations (Friedriech, Remak, Kowalewski, Homén) comme ayant provoqué l'apparition des premiers spasmes. Chez le malade de Starr, un effort brusque paraît avoir joué le même rôle.

Eu égard au sexe des malades, les observations dont nous avons donné précédemment une analyse se décomposent ainsi: sujets du sexe masculin, 94; femmes, 4.

G) *Traitement*. — Une amélioration rapide, obtenue par la galvanisation des centres nerveux et des muscles affectés a été signalée comme un des caractères cliniques du *paramyoclonus multiplex*. D'autres remèdes employés, seuls ou concurremment avec l'électricité, ont été reconnues efficaces; ainsi le valérianate de zinc (Lœwenfeld, Bechterew), les toniques et en particulier le fer et l'arsenic (Bechterew), les préparations de nickel (Silvestrini), les injections sous-cutanées d'atropine (Venturi), d'ésérine (Francotte).

Les bains froids ou tièdes sont à proscrire.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Suite. — Voir le numéro précédent.

VI. LES BLESSURES DE L'ŒIL AU POINT DE VUE DES EXPERTISES JUDICIAIRES. — VII. RÉSULTATS DES ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER. — VIII. DIAGNOSTIC MÉDICO-JUDICIAIRE DE LA MORT PAR PENDAISON.

VI. M. le docteur Grand (Clément) vient de publier un travail très intéressant sur les *blessures de l'œil au point de vue des expertises judiciaires et de la pratique médicale* (1). De cette étude nous retiendrons, en les reproduisant, les conseils suivants, qui sont le fruit d'une expérience éclairée.

Le médecin expert devra toujours être en garde contre les déclarations exagérées du blessé. Celui-ci, en effet, pour augmenter le chiffre de l'indemnité ou assouvir sa rancune contre l'agresseur, sera porté à exagérer ses souffrances ainsi que la diminution de la fonction visuelle. Il sera donc de toute nécessité que le médecin expert puisse juger l'état réel des choses par lui-même, sans être obligé de s'en rapporter aux déclarations du malade. Il devra être en mesure de déterminer l'acuité visuelle, le champ visuel, et d'interroger exactement le sens des couleurs dont les altérations peuvent fournir des indications fort utiles. Enfin, il devra toujours explorer attentivement l'hémisphère antérieur par l'éclairage oblique, et l'hémisphère postérieur par un examen à l'aide de l'ophtalmoscope; de cette façon, aucune lésion ne lui échappera; ce sera le meilleur moyen de contrôler les assertions du blessé et de voir si elles sont mensongères ou véridiques.

VII. M. Vibert, dans une étude médico-légale sur les victimes des accidents de chemin de fer (2), a observé les lésions suivantes dans les divers systèmes organiques :

1o *Des lésions pulmonaires*. Elles peuvent être dues à une contusion des parois du thorax, et M. Vibert a observé dans ces cas exceptionnels quatre faits d'hémoptysie. Le plus souvent on ne constate qu'une dyspnée non accompagnée de toux, d'expectoration, ni de congestion pulmonaire. Cette dyspnée se manifeste tantôt par une sensation presque continuelle d'oppression, de resserrement de la poitrine, et par de profondes inspirations qui se produisent de temps à autre, à de longs intervalles, et qui se font quelquefois d'une manière saccadée et en plusieurs temps. Dans d'autres cas, il y a une dyspnée plus ou moins accentuée à l'état permanent; d'autres fois des accès d'oppression surviennent sans cause appréciable, mais presque toujours ramenées par l'ingestion des aliments, même en très petite quantité. Il s'agit peut-être, dans ces cas, de troubles dus à une commotion des nerfs pneumogastriques. M. Vibert a noté en même temps, mais dans un petit nombre de cas seulement, des palpitations de cœur, ou une accélération très notable du pouls (jusqu'à 110) sans fièvre. Les troubles respiratoires ont été constatés chez un cinquième des victimes de l'accident de Charenton. Chez presque tous, ils se sont dissipés graduellement en quelques jours.

2o M. Vibert cite aussi un exemple de *lésion de l'estomac* qu'il explique par l'ébranlement violent imprimé au corps, sans même qu'il y ait su de choc direct sur le tronc.

3o Parmi les blessés qui présentent *des troubles cérébraux*, la plupart ont reçu sur la tête un choc plus ou moins violent, ayant produit une plaie ou une contusion du cuir chevelu; mais il en est d'autres chez lesquels on ne trouve aucune marque extérieure de violence sur le crâne ni sur la face, et quelques-uns affirment ne pas avoir reçu de choc ni de coup à la tête. Il faudrait admettre, suivant M. Vibert, que dans certains cas un ébranlement violent de l'encéphale résulte simplement, soit de la propagation du choc imprimé à une autre partie du corps, soit peut-être de la secousse violente que subit la tête au moment de certains accidents de chemin de fer; quand le corps est projeté en avant, la tête, en raison de sa position et de sa mobilité, est lancée plus violemment que le tronc qu'elle tend en quelque sorte à quitter; d'abord portée fortement en avant, elle est arrêtée par le reste du corps dont l'impulsion est moins vive, et il est possible qu'il se produise, par suite de ce double mouvement, un ébranlement plus violent sur l'encéphale que sur tout autre organe. M. Vibert n'a observé que dans deux cas les signes de la commotion cérébrale classique.

Parmi les *troubles de l'intelligence*, la diminution de la mémoire est peut-être le plus constant. C'est même souvent le seul symptôme durable que l'on constate à la suite des accidents dans lesquels la tête a reçu un coup, un choc, ou un traumatisme analogue.

L'attention est aussi une des facultés le plus constamment et le plus profondément atteintes. Les conversations, surtout celles auxquelles prennent part plusieurs personnes, sont ordinairement pénibles pour ces malades; beaucoup ne peuvent supporter non plus le babillage et les jeux des enfants. Plusieurs en arrivent à ne plus pouvoir lire même un fait divers dans un journal parce qu'ils sont incapables de suivre la liaison des idées exprimées par les diverses phrases, ou de se rappeler le commencement de l'article au moment où ils le terminent. Le caractère subit des changements profonds; le malade devient triste, morose, très émotionnable. On note fréquemment aussi l'irascibilité.

Du côté des *organes des sens*, c'est l'ouïe et la vue qui ont paru le plus fréquemment atteints.

M. Vibert n'a noté de troubles du goût et de l'odorat que chez trois personnes parmi les victimes de l'accident de Charenton; l'une disait sentir une odeur de moisi; une autre

(1) Brochure in-8, Lyon, 1888, A. Storck, éditeur.

(2) ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, décembre 1887.

assurait avoir perdu l'odorat; chez une troisième, c'est le goût qui était très diminué; ce malade avait aussi renoncé à fumer, parce qu'il n'y trouvait plus de plaisir, le tabac ayant perdu pour lui sa saveur.

Troubles de la sensibilité générale et de la motilité. Beaucoup de malades accusent des fourmillements, ou de l'engourdissement, tantôt dans plusieurs membres, tantôt dans un seul. Les troubles de la motilité sont plus nombreux. Ce sont des tremblements intermittents, occupant surtout les muscles de la face, la langue, provoqués ou augmentés par les émotions, les secousses musculaires, les soubresauts des tendons. Dans un cas il y eut de la contracture et des mouvements convulsifs des muscles de la face. Presque toujours, la force musculaire est notablement amoindrie. M. Vibert n'a jamais noté de paralysie des sphincters du rectum et de la vessie.

Quelques blessés se plaignent de troubles cérébraux qu'ils n'éprouvent nullement; il est donc nécessaire que « le médecin légiste s'entoure de toutes les précautions pour ne pas être trompé. L'interrogatoire doit être conduit de façon à ne pas suggérer au plaignant des réponses aux questions posées; on se gardera de lui demander: Votre mémoire est-elle troublée? Vos idées ne sont-elles pas confuses? Est-ce que vous n'êtes pas devenu colère, impressionnable? Il est évident qu'on rendrait de cette façon la simulation facile. Il faut s'efforcer au contraire de laisser le plaignant exposer de lui-même son état en n'amenant que d'une manière indirecte les questions sur les symptômes principaux. On a soin aussi de faire ses visites tout à fait à l'improviste, de prendre des renseignements non seulement auprès des parents, mais encore, s'il subsiste le plus léger doute, auprès de quelques personnes qui soient en relation moins intimes avec le plaignant. » Il y a des exagérations inconscientes; la tristesse et le découragement auxquels sont en proie certains malades peuvent être cause qu'ils se croient de bonne foi plus gravement atteints qu'ils ne le sont réellement. D'autres exagèrent sciemment leur état, dans le but d'obtenir une plus forte indemnité.

Jamais, chez les malades que M. Vibert a observés, les troubles intellectuels, les symptômes purement subjectifs, que l'on ne peut ni contrôler ni mesurer, n'ont acquis une haute gravité sans qu'il existât en même temps d'autres symptômes objectifs, des désordres de la santé générale dont la constatation est facile.

VIII. Nous savons aujourd'hui que le diagnostic de la pendaison ne repose pas essentiellement sur l'examen extérieur du cadavre. M. Coutagne (1), après avoir passé en revue les principaux éléments de ce diagnostic qu'une autopsie complète, précédée d'un examen de l'état des lieux peut seule assurer, insiste spécialement sur les lésions internes du cou aussi fréquentes, quoique moins accusées, dans la pendaison suicide, que dans la pendaison par exécution judiciaire, où elles sont connues depuis longtemps. Sur 24 autopsies pratiquées par M. Coutagne, cinq fois la dissection du cou a donné des résultats négatifs ou douteux, et aucun de ces faits ne se présentait dans des conditions classiques. Dans les dix-neuf autres cas, M. Contagne a constaté dix-sept fois des hémorrhagies dans le tissu cellulaire ou dans les muscles, dix fois une déchirure musculaire, huit fois des fractures de l'os hyoïde, huit fois des fractures du cartilage thyroïde. Ces lésions sont, en somme, celles qui ont été signalées en Allemagne, surtout par Hofmann et Lesser; les déchirures des carotides sont pourtant plus circonscrites et moins en rapport avec la situation du lien dans les faits de M. Contagne, qui insiste aussi pour la première fois sur l'importance de l'examen des parties molles de la région cervicale postérieure. Les poumons des pendus lui ont offert un ensemble de caractères spéciaux qu'il décrit sous le nom d'*œdème carminé*, et dont la pathogénie, étudiée expérimentalement, serait sous la dépendance des nerfs pneumogastriques.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

(1) Archives de l'anthropologie criminelle, citées par les Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1887, t. XVII, p. 63.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Étude clinique sur l'ulcère simple du duodénum, par le docteur Bucquoy, Paris, 1887, in-8o (Extr. des *Arch. gén. de méd.*, libr airie Asselin et Houzeau. —II. La Gymnastique, notions physiologiques et pédagogiques, applications hygiéniques et médicales, par le docteur A. Collineau, Paris, in-8o, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

I. Je ne crois pas me tromper en affirmant que la monographie de notre excellent confrère, M. Bucquoy, restera dans la littérature médicale. Jusqu'alors l'ulcère simple du duodénum était à peine mentionné dans les traités de pathologie. La rareté de cette affection, son diagnostic difficile et par suite le manque d'un traitement approprié, sa terminaison fatale, soit par une péritonite, conséquence de la perforation intestinale, soit par des hémorrhagies répétées, toutes ces causes expliquent bien pourquoi l'ulcère simple du duodénum n'avait point encore de place dans la nosologie. C'était une maladie non soupçonnée du vivant du malade, et souvent mise en doute, après la mort de celui-ci.

M. Bucqnoy, ayant eu l'occasion, en 1860, d'observer un cas d'ulcération du duodénum reconnue à l'autopsie, a suivi depuis lors tous les travaux publiés sur la question; il a recueilli aussi cinq observations de sa propre pratique, et c'est après une étude approfondie qu'il se croit en mesure de formuler des conclusions qui permettront désormais de classer la maladie et surtout de la mieux traiter.

Ces conclusions, des plus intéressantes pour le praticien sont les suivantes: Sans doute la maladie a un caractère latent qui rend le diagnostic difficile, mais elle présente des symptômes qui permettent d'établir l'existence de la lésion duodénale. Ces symptômes sont: « 1o des hémorrhagies intestinales ou mœléna, à début brusque, éclatant de temps à autre, au milieu d'une santé parfaite en apparence, sans conséquences graves, mais, plus tard, se répétant plusieurs jours, avec plus ou moins d'intensité, de manière à compromettre la vie des malades; 2o une douleur existant presque toujours dans la région correspondant à la surface inférieure du foie, un peu à droite de la ligne blanche; 3o des troubles digestifs ou des crises de coliques d'une violence extrême, se manifestant ordinairement trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments; 4o la terminaison par la perforation du duodénum, suivie d'une péritonite mortelle, ou par des hémorrhagies répétées, ou foudroyantes. »

L'ulcère du duodénum n'est point cependant fatalement

incurable. L'attention du médecin peut être désormais éveillée dès le début du mal, et M. Bucquoy a réuni et cite un certain nombre de cas suivis de guérison. Aussi le médecin de l'Hôtel-Dieu espère-t-il voir bientôt ces guérisons augmenter et « le pronostic perdre de sa fatale gravité ». On lui devra ce résultat.

II. L'on s'occupe beaucoup de gymnastique en France, depuis quelques années. C'était, naguère, dans ma jeunesse, le privilège des acrobates, et dans les pensionnats de Paris qui les premiers firent construire les premiers éléments de gymnases, les parents refusaient à leurs enfants de suivre les cours spéciaux donnés, à titre gratuit, cependant, pendant les récréations. Les temps ont heureusement changé depuis lors, et bien que la durée des exercices soit dans nos lycées quelque peu dérisoire (deux leçons d'une heure par semaine!) l'on peut dire, grâce aux sociétés privées, que la gymnastique a conquis droit de cité dans l'enseignement pédagogique et hygiénique de la jeunesse.

Au milieu de travaux nombreux parus ces derniers temps, il m'a paru juste de mentionner celui de M. le docteur Colineau.

Son livre est un véritable traité qui s'adresse aux maîtres et aux parents. Il est fort complet. On lui a reproché d'être écrit dans un sentiment trop français, ce qui, à la rigueur, pourra lui nuire près des lecteurs étrangers, la gymnastique, comme toutes les branches de la science de l'hygiène, ne connaissant guère de frontière; mais l'auteur répondra que son livre est surtout destiné à des écoles de français et qu'il n'avait pas à cacher ses sentiments patriotiques.

L'Histoire de la gymnastique, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, forme la première partie de l'ouvrage. Elle est instructive, en ce qui concerne la France surtout. Décrétée en 1854 comme obligatoire dans les lycées, la gymnastique n'était encore en 1868 qu'à l'état embryonnaire; à l'étranger, au contraire, elle était depuis longtemps passée à l'état de chose pratique.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, l'auteur examine quels sont les effets physiologiques de la gymnastique. Phénomènes musculaires, respiration, circulation, fonctions de la peau, tout cela pourra être facilement consulté par les gymnasiarques, déjà familiarisés avec la médecine. Dans la troisième partie, l'auteur examine successivement les attitudes, la marche, la course, le saut, la danse, la natation, l'équitation, les jeux.

La quatrième partie est consacrée aux appareils et agrès, au gymnase même en tant que construction. La cinquième partie est réservée aux effets thérapeutiques de la gymnastique : cette partie du livre ne saurait s'adresser qu'aux médecins. Il y a là des questions de diagnostic qui ne sont pas toutes aussi simples que le suppose le grand public, fût-il professeur de gymnastique à ses heures. Enfin le livre est terminé par une conclusion générale absolument française et toute personnelle. Je ne saurais blâmer l'auteur de l'avoir écrite, mais peut-être serait-elle mieux placée dans un ouvrage spécial, où les sentiments généreux et enthousiastes de l'auteur auraient carte blanche pour examiner, à tête reposée, quels seraient les meilleurs moyens à trouver pour rendre au peuple français la suprématie qu'on lui reconnaissait, il y a peu de temps encore, parmi les divers états européens.

L'ouvrage que nous avons sous les yeux est accompagné d'un grand nombre de figures; il est d'une lecture attrayante. Somme toute, tous ceux qui s'intéressent à la propagation des exercices gymnastiques le liront avec intérêt.

A. Dureau.

Considérations sur les difficultés du diagnostic entre l'ostéomyélite insidieuse de Trélat et l'ostéosarcome du fémur, par M. J. Deschiens. — Thèse de Paris, 1886.

Le diagnostic différentiel de l'ostéomyélite insidieuse et de l'ostéosarcome du fémur est le plus souvent malaisé. Dans les deux cas, la marche de l'affection peut être lente, torpide, et les signes tirés de l'état général ou de l'état local présenter d'assez grandes ressemblances. On admet cependant qu'un état général mauvais, l'absence de fièvre, les traumatismes antérieurs, la diathèse scrofuleuse, les orifices fistuleux, la douleur provoquée, l'accroissement de la tumeur par poussées successives plaident plus en faveur de l'ostéomyélite que l'état général satisfaisant, l'apparition de la fièvre, la concomitance de tumeurs malignes, la douleur spontanée, l'accroissement rapide de la tumeur, son ulcération, la cachexie.... particulièrement symptomatiques de l'ostéosarcome. Nous avouons avec l'auteur que ce sujet est hérissé de difficultés, et qu'il réclame de nouvelles études.

Ch. Amat.

BULLETIN

Nature et origine du tétanos. — Isolement des élèves atteints de maladies contagieuses dans les lycées. — Le « tout a l'égout » devant le Parlement. — Destruction des lapins par le choléra des poules.

Le tétanos vient de faire l'objet, de la part de M. Verneuil, d'une communication à l'Académie des sciences et d'une conférence, à l'Hôtel des sociétés savantes, devant les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences, fusionnée avec l'Association scientifique de France.

A l'Académie des sciences, le savant professeur a résumé une intéressante observation due à M. le docteur Buisson, d'Auberchicourt, et dans laquelle on aurait pu croire tout d'abord à un cas de tétanos spontané. Mais le malade a eu un peu plus tard des crachats sanguinolents qui, joints à d'autres symptômes d'un abcès de la gorge, permettent d'affirmer l'existence, dans les profondeurs du pharynx, d'une lésion ayant servi de porte d'entrée au virus. Cette entrée du tétanos par la voie gutturale ne serait pas très rare d'après M. Verneuil, puisqu'il relève trois faits semblables sur vingt-sept cas de tétanos.

A l'Hôtel des Sociétés Savantes, devant un auditoire nombreux et sympathique, M. Verneuil a développé sa doctrine sur l'origine microbienne et équine du tétanos. Pour lui les faits contradictoires doivent être interprétés comme celui qui précède, dans lequel une observation moins attentive des symptômes présentés par le malade n'aurait pas permis de découvrir la porte d'entrée du microbe. En la cherchant bien, on la trouve toujours. M. Verneuil a une éloquence persuasive qui charme les auditeurs et qui lui a valu samedi dernier de chaleureux applaudissements.

— L'Académie de Médecine, après une double discussion sur les communications faites à la précédente séance par

M. Verneuil (*Traitement de l'anthrax et du furoncle*) et M. Germain Sée (*Nouveau réactif pour juger les maladies de l'estomac*), a voté les nouvelles conclusions de la section d'hygiène relatives à l'instruction qui fixe la durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées atteints de maladies contagieuses. Cette durée sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie; de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons; indéterminée pour la coqueluche, mais la rentrée des malades atteints de cette dernière maladie ne pourra s'effectuer que trente jours après la cessation complète des quintes caractéristiques. Suivent des instructions concernant les précautions à prendre pour les malades, la désinfection de la chambre et de tous les objets contaminés.

— Il y a près de quinze ans que la question du « *Tout à l'égout* » est à l'étude. A en juger par la discussion dont elle vient d'être l'objet devant la CHAMBRE DES DÉPUTÉS et par les votes contradictoires auxquels elle a donné lieu, elle ne semble pas avoir fait des progrès bien considérables. On peut dire qu'une double lutte s'est engagée, d'un côté entre la municipalité de Paris et celle des communes suburbaines; de l'autre, entre les ingénieurs et la plupart des médecins qui ont eu voix consultative. Il est inutile de rappeler ici les arguments invoqués de part et d'autre; ils sont parfaitement connus de nos lecteurs. Nous nous bornerons à faire des vœux pour que l'expérience qu'on se propose de poursuivre à Achères ne donne pas trop raison aux adversaires du projet.

— Dans certaines contrées de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, les lapins ont tellement pullulé qu'ils sont restés maîtres du terrain en rendant toute culture impossible. C'est un désastre, un véritable fléau pour les habitants de ces contrées. M. Pasteur leur a indiqué assez récemment, par la voie du journal LE TEMPS, un moyen de se débarrasser de ces terribles rongeurs : c'est de communiquer à quelques-uns d'entre eux, en arrosant leur nourriture d'un bouillon de culture de la matière virulente, le choléra des poules, qui se propagerait ensuite de groupe en groupe, de terrier en terrier.

Ce moyen, très original sans doute, a paru à bien des gens d'une application pratique difficile. Cependant M. Pasteur a institué dans son laboratoire des expériences dont les résultats sont des plus encourageants. Ces expériences, en effet, qu'il vient de publier dans le BULLETIN MÉDICAL, ont montré que non-seulement les lapins nourris avec des aliments souillés par le microbe du choléra des poules meurent rapidement, mais encore que les lapins simplement associés à ces derniers succombent également en grand nombre.

Une expérience plus importante a été faite à Reims, dans un clos de 8 hectares, entouré de murs, dans lequel les lapins ont pullulé d'une manière désolante. Le 23 décembre, on arrose un repas de luzerne, destiné à ces lapins, d'une culture récente du microbe du choléra des poules. Le lendemain, on compte dix-neuf cadavres; deux jours après, treize. Les jours suivants, en découvrant les monceaux de craie qui servaient de retraite aux lapins, on voit des tas de 2, 3, 4, 5 cadavres. Depuis lors, la luzerne, mise devant le terrier, est restée parfaitement intacte. Le sol, recouvert de neige pendant quelques jours, n'a pas décelé une seule trace de lapin. Ils semblent donc tous morts, et l'on n'évalue pas à moins de mille les victimes de cette hécatombe.

En présence d'un tel résultat, on ne saurait plus contester la facilité d'application, ni l'efficacité du moyen proposé par M. Pasteur. Mais il est permis de poser une autre question. Dans les contrées d'Australie dont nous avons parlé plus haut, les lapins forment des bandes énormes, couvrant pour ainsi dire le pays, s'écartant à peine, d'après la relation d'une excursion par M. Williamson, pour faire place à la voiture des voyageurs. Or, si tous ces lapins, à l'exemple de ceux du clos des environs de Reims, succombent rapidement à l'infection du choléra des poules, la putréfaction d'une si grande quantité d'animaux ne pourra-t-elle pas devenir une source de dangers pour les habitants du pays? Dans l'affirmative, quelles mesures préventives y aura-t-il lieu de prendre? Des instructions sur ce point semblent être le corollaire obligé de l'avis donné par M. Pasteur.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE. — *Statuts*. — I. Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, aura lieu à Paris du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine.

II. Ce Congrès est organisé par un comité composé de :

MM. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, président;

Le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, vice-président;

Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine vétérinaire pratique; Leblanc, membre de l'Académie de médecine; Nocart, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire général de la Société de médecine vétérinaire pratique; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, membres du comité; L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté, secrétaire général.

III. Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine et tous les vétérinaires, français ou étrangers, qui s'inscriront en temps utile et payeront la cotisation.

IV. La cotisation des membres est de 10 francs. Elle donne droit au volume des comptes-rendus du Congrès.

V. Dans la séance d'inauguration du Congrès, on procédera à la nomination du bureau définitif par un vote au scrutin secret pour le président, pour deux vice-présidents et pour quatre secrétaires.

VI. Les membres du comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif.

VII. Le secrétaire général du comité d'organisation fait fonctions de secrétaire général du Congrès.

VIII. Le bureau définitif nomme les présidents d'honneur et les secrétaires adjoints.

IX. Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français. Elles seront publiées *in extenso* ou en résumé sous la surveillance du comité.

Règlement. — I. Les médecins et vétérinaires qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, et y joindre la somme de 10 francs. Il leur sera délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre du Congrès.

II. Les séances ont lieu de neuf heures à midi le matin, et de trois à six heures l'après-midi, dans les locaux de la Faculté de médecine.

III. Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le comité d'organisation ; les autres librement choisies, mais ayant toujours trait à la tuberculose.

IV. Les questions seront mises à l'ordre du jour suivant un programme indiqué d'avance par le comité d'organisation.

Un jour sera destiné à des démonstrations anatomiques faites dans le laboratoire de M. Cornil professeur d'anatomie pathologique à la Faculté.

Une autre journée sera consacrée à des examens et à des autopsies d'animaux tuberculeux à l'Ecole d'Alfort.

V. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés d'en prévenir le secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils devront y joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera publié *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

VI. Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au secrétaire général.

VII. Les communications peuvent avoir une durée de 15 minutes. Le président a le droit, sans consulter l'assemblée, de donner une prolongation de 5 minutes, soit 20 minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

VIII. Il est accordé à chaque orateur 5 minutes pour la discussion et, avec l'agrément du président, 10 minutes.

Le même orateur ne peut parler dans la discussion en cours pendant une même séance plus de 15 minutes, sans l'assentiment de l'Assemblée.

IX. Les manuscrits des communications doivent être remis aux secrétaires au début de la séance qui suit celles de la communication ou de la discussion ; faute de quoi, une simple analyse en sera publiée.

Des démarches seront faites auprès des compagnies de chemins de fer pour obtenir une diminution sur le prix des tarifs, en faveur des membres du Congrès.

Adresser les cotisations à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et tout ce qui concerne les communications relatives au Congres, à M. le docteur Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

Association française pour l'avancement des sciences fusionnée avec l'Association scientifique de France. — Ainsi qu'il a été décidé à l'Assemblée générale de Nancy, l'Association française tiendra à Oran, en 1888, sa dix-septième session, sous la présidence de M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des Arts-et-Métiers.

Le Congrès s'ouvrira le jeudi 29 mars 1888, et sera clos le mardi 3 avril.

Il se composera :

1° D'une séance d'ouverture ;

2° De séances de sections ;

3° D'une conférence publique ;

4° De séances générales ;

5° De visites scientifiques et industrielles ;

6° D'une excursion générale (le dimanche 1er avril).

Enfin, des excursions diverses seront organisées à la suite du Congrès.

Les membres de l'Association qui passeront à Alger après le Congrès, trouveront tous les renseignements propres à leur faciliter des excursions dans le voisinage, en s'adressant à la mairie d'Alger, ainsi qu'il sera indiqué dans les imprimés distribués pendant la durée de la session.

Une visite aux « nouvelles oasis de création française dans l'Oued-Rir' » est à l'étude : elle conduira jusqu'à Tougourt.

Le départ aura lieu vers le 10 avril de Biskra, où les membres auront à se rendre individuellement. Le trajet comportera trois étapes intermédiaires pour l'aller et autant pour le retour. La durée du voyage est évaluée à dix jours (retour à Biskra).

Le montant des frais s'élève à 350 fr. environ.

Les membres du Congrès, qui reviendront par l'Espagne, pourront visiter l'Exposition universelle de Barcelone qui, d'après toutes les prévisions, sera ouverte à cette époque.

R. F. N.

NOUVELLES

Prix a décerner par la Société de Biologie en 1888. — La Société de Biologie décernera, à la fin de l'année 1888, le Prix Ernest Godard (500 fr.) au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la biologie. Conformément aux termes du testament du donateur, aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre ; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

École d'anthropologie de Paris. — A la suite du décès de M. le docteur Dally, professeur, des modifications importantes ont été introduites dans l'Ecole d'anthropologie. Deux chaires nouvelles ont été créées. MM. Manouvrier et G. Hervé, professeurs-adjoints, ont été nommés titulaires.

L'Ecole se trouve maintenant constituée de la manière suivante : Embryologie et anthropogénie, M. le professeur Mathias Duval. — Anthropologie générale, M. Topinard. — Anthropologie préhistorique, M. G. de Mortillet. — Ethnographie et linguistique, M. A. Hovelacque. — Géographie médicale, M. Bordier. — Histoire des civilisations, M. Letourneau. — Anthropologie physiologique, M. Manouvrier. — Anthropologie zoologique, M. G. Hervé.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée vendredi soir 20 janvier 1888, par les nominations suivantes des candidats classés par ordre de mérite :

A. *Internes titulaires*. — 1. MM. Guillemain, Civel, Buscarlet, Laffite, Thiroloix, de Saint-Germain, Pilliet, Garnier, Macaigne, Lafourcade.

11. Marquezy, Macquart, Létienne, Tournier, Roulloche (Pierre), Renault (Jules), Mâcon, Oustaniol, Rouffinet, Hallion.

21. Guyon, Prost, Lamotte, Gauly, Charrier, Philippe, Lautier, Adler, Rogues de Fursac, Achalme.

31. Chipault, Sardou, Tuilaut, Audain, de Grandmaison, Baumgarten, Delagenière (Paul-Albert), Gibotteau, Reblaud, Besançon.

41. Thérèse, Enriquez, Clarot, Critzman, Chevalet, Mussy, Beaumé, Aviraguet, Repin, Brodier.

51. Sallard, Raoult, Thomas (Théodore-Octave), Lelièvre, Sauvineau, Vignerot.

B. *Internes provisoires*. — 1. MM. Faure-miller (Roland), Homolle, Durand, Hélary, Bouel, Gauthier (Jean-Arthur), Aubert, Brésard, Debayle, Chantre.

11. Breton, Calbet, Leblond, Decamps, Pescher, Ettlinger, Vialet, Dulac, Mlle Edwards, M. Malherbe.

21. Basset, Piole, Evrain, Estrada, Blaise, Gaston, Dubrisay Goupil, Huguenin, Auscher.

31. Willemin, Renault (Louis-Adolphe-Alphonse), Gilis, Poivet, Gloyer, Pineau, Richerolle, Lovy, Barthomeuf, Duchaine.

41. Appert, Lebon, Martin (Louis), Gervais de Ronville, Marx, Casmescasse.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le docteur Max Durand-Fardel commencera ce cours le samedi

28 janvier, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Ce cours sera fait en 12 leçons.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Dahiex. De l'action de l'acide sulfureux en inhalations et en injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose. — M. Marage. Sympathique des oiseaux. — M. Hoffmann. Contribution à l'étude de l'othématome. — M. Ygnatoff. L'antipyrine dans les douleurs cardiaques. — M. Para. De l'antiseptie intestinale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Berlioz. Etudes cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. — M. Mourret. Contribution à l'étude de la tuberculose.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 15 AU SAMEDI 21 JANVIER 1887

Fièvre typhoïde 37.—Variole 6.— Rougeole 14.— Scarlatine 4. — Coqueluche 4.— Dipthérie, croup, 39. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 177.— Autres tuberculoses 36. — Tumeurs : Cancéreuses 47. — Autres 8. — Méningite 26. — Congestion et hémorr. cérébr. 66. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 5.— Maladies organiques du cœur 64. — Bronchite aiguë 36. — Bronchite chronique 52. — Broncho-pneumonie 44.— Pneumonie 92. — Gastro-entérite : Sein 11. — Biberon 44. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 29. — Sénilité 45. — Suicides 16. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 225. — Causes inconnues 11. — Total de la semaine: 1167 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par J. Béchamp, professeur d'analyse chimique et de toxicologie à la Faculté libre de médecine de Lille. Un vol. in-8o de 258 pages.—Prix : 6 francs.—Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Souvenirs cliniques concernant quelques maladies ou indispositions habituelles qu'il est parfois prudent de respecter, par M. le professeur Sirus-Pirondi, chirurgien consultant des hôpitaux de Marseille, correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie. — Marseille, 1888, typographie Barlathier-Fissat.

La théorie du microzyma et le système microbien, par M. A. Béchamp, ancien professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie de médecine.— Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Etude des localisations angio-cardiaque typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées, par MM. Landouzy, agrégé de la Faculté, et A. Siredey, chef de clinique de la Faculté. — Paris, 1887, Félix Alcan, éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES

L'ALOPÉCIE SYPHILITIQUE. — Leçon de M. le professeur FOURNIER à l'Hôpital Saint-Louis, recueillie par M. DELIGNY.

Nous allons étudier aujourd'hui, messieurs, l'alopécie syphilitique. Cet accident se rencontre dans les deux sexes, à tous les âges; cependant, il est plus fréquent chez la femme.

L'alopécie syphylitique a été décrite dès le XVIe siècle par Fracastor, et déjà on croyait que c'était le mercure qui faisait tomber les cheveux; ce préjugé existe encore aujourd'hui dans le public.

L'alopécie est-elle fatale? Ne se montre-t-elle que dans certaines formes de syphilis? Est-elle grave? Voilà des questions éminemment pratiques que nous devons examiner.

Le malade syphilitique, qui voit ses cheveux tomber, s'empresse de demander au médecin s'il deviendra chauve. Il faut répondre que l'alopécie n'est pas un accident fatal, mais un accident commun. Diday, sur 60 syphilitiques non traites, l'a constatée 53 fois.

L'alopécie de la vérole n'est pas ce qu'on croit généralement; elle ne fait pas de chauves, et on ne saurait lui attribuer la calvitie qui arrive vers l'âge de 40 à 45 ans; l'alopécie syphilitique est moyenne et réparable.

Elle est un des symptômes de la syphilis que le traitement influence le mieux; il peut aussi la prévenir. Sur les malades de la ville qui sont soigneux de leur personne, elle n'est rien 19 fois sur 20; ces malades perdent quelques cheveux, assez pour s'en préoccuper, pas assez pour qu'autrui le remarque. C'est une alopécie moyenne, non compromettante.

Y a-t-il des formes de syphilis dans lesquelles l'alopécie est plus fréquente et plus intense? Oui, ce sont ces mauvaises formes de syphilis secondaire, asthéniques, se compliquant d'anémie générale, de dénutrition, avec fièvre. Mais il faut ajouter qu'il n'y a pas de formes de syphilis où l'alopécie ne puisse se produire, même formes légères dans lesquelles on voit quelquefois un véritable *defluvium capillorum*.

On a eu tort d'écrire que l'alopécie était un phénomène produit, non par la syphilis, mais par la dénutrition résultant de la syphilis. Ne la voit-on pas chez des syphilitiques bien portants, dont la santé générale n'est nullement altérée?

Il est indéniable que l'alopécie obéit à une prédisposition individuelle; il faut en revenir aux idiosyncrasies personnelles pour expliquer la différence. Il y a des syphilis légères avec alopécie très intense, et *vice versâ*.

Vous avez vu, au numéro 25 de notre salle des femmes, une grosse fille atteinte de syphilis légère, roséole et plaques muqueuses, qui a une alopécie intense. Au numéro 36 est une petite femme qui a une syphilis de forme asthénique, des phénomènes nerveux. La fièvre syphilitique a duré chez elle trente-sept jours. Or, ses cheveux sont superbes, et, comme

FEUILLETON

ÉLOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Suite. — Voir les numéros 53 (1887) et 1.

Un jésuite, bel esprit, du milieu du siècle dernier, le père Bougeant, précurseur de Toussenel et, comme lui, admirateur convaincu de la puissance et de la variété d'expression du langage des bêtes, a fait remarquer qu'au demeurant, ce langage leur suffit pour les besoins de la vie « et il ne nous paraît pas aussi borné, dit-il, que par rapport au nôtre qui est peut-être trop diffus... Les bêtes, ajoute-t-il, parlent peu, mais ne parlent qu'à propos; elles disent toujours vrai, grand avantage sur les hommes... Il y a des bêtes qui parlent peu les bœufs, les ânes; il y en a d'autres qui ne déparlent pas, les oiseaux. On prétend qu'ils chantent; non, ils parlent. Mais, objecte-t-on, ils disent toujours la même chose, cela nous paraît ainsi parce que nous ne savons pas saisir les nuances. Peut-être un homme qui tout à coup entendrait le langage de ses semblables, n'en connaissant ni le mécanisme ni les éléments, croirait qu'ils disent toujours la même chose. »

Quelques philosophes, allant plus loin que le père Bougeant, n'ont voulu voir, entre les facultés d'expression chez l'homme et chez les animaux, qu'une différence du plus au moins; mais le langage des animaux est aussi éloigné de la parole humaine que l'instinct l'est de l'intelligence; « l'intelligence, comme un Protée, change à tout instant ses voies, a dit quelque part Gratiolet, parce que son horizon est infini et qu'il est de son essence même de chercher toujours à connaître et à se connaître; l'instinct au contraire est invariable et son ornière est éternelle... Les petits animaux font d'eux-mêmes, et parfaitement, ce que faisaient leurs parents; ils n'oublient rien de cette tradition, mais en revanche ils n'y ajoutent rien »

C'est donc à l'homme seul qu'appartient l'admirable privilège du langage articulé. Mais au moment de sa naissance, ses moyens d'expression ne diffèrent guère de ceux des animaux; seulement,

elle le dit, ils n'ont pas bougé. C'est incompréhensible, et je me borne à constater ces faits.

A quelle époque arrive l'alopécie? Il y a encore, à ce sujet, un vieux préjugé à combattre. Lorsqu'on voit une personne atteinte de calvitie à 45 ans, on dit : c'est un souvenir du bon temps d'autrefois. Cela est faux. L'alopécie n'est pas une manifestation tertiaire; c'est une manifestation jeune qui apparaît généralement du troisième au sixième mois, qui est quelquefois plus tardive : un an, un an et demi, deux ans et rarement plus.

Dans la vérole tertiaire, il y a alopécie par ulcérations gommeuses du cuir chevelu ou par cachexie.

Pourquoi les cheveux tombent-ils dans la syphilis? Il y a l'alopécie avec ou sans lésions du cuir chevelu : alopécie symptomatique et alopécie essentielle. La seconde est la plus commune. La première résulte de syphilides du cuir chevelu, et notamment de syphilides acnéiformes, roséole furfuracée.

L'alopécie essentielle, véritable alopécie syphilitique, est celle où les cheveux tombent sans intermédiaire appréciable.

En ce qui concerne les symptômes, il n'y en a qu'un : la chute du cheveu. Pas de lésions, pas de prurit, rien.

Le propre de l'alopécie syphilitique est, en premier lieu, de ne pas être systématisée; elle n'a pas de siège précis, elle frappe partout et indistinctement sur le crâne. En second lieu, elle est asymétrique, tandis que l'alopécie sénile est symétrique.

On en observe deux formes : alopécie diffuse et alopécie en clairière.

Dans l'alopécie diffuse, la chevelure est raréfiée; dans l'alopécie en clairière, on observe une série d'îlots généralement arrondis.

Ces deux formes sont souvent réunies chez le même sujet, mais la plus fréquente est l'alopécie en clairière. Elle est caractéristique; ses îlots ne ressemblent pas à ceux de la pelade, et il n'y a que la syphilis qui puisse produire semblable épidémie.

L'alopécie est plus ou moins intense, elle peut présenter quatre degrés :

1° Alopécie légère, dont le malade seul se rend compte;

2° Alopécie moyenne, qui ne peut pas être dissimulée;

3° Alopécie excessive, plus rare;

4° Alopécie totale; je n'en ai vu qu'un cas, dans lequel tous les cheveux étaient tombés : il n'en restait que dix-sept.

La syphilis altère aussi la chevelure, vous en voyez un exemple chez une jeune femme au numéro 25. Les cheveux perdent leur lustre, ils sont secs, comme laineux, ils ont l'aspect du cheveu mort, du cheveu de perruque.

L'alopécie est toujours temporaire, elle dure 5 à 6 mois au plus; les cheveux repoussent sur le crâne le plus éprouvé, car la syphilis ne fait pas de chauves.

L'alopécie crânienne n'est pas la seule qui produise la syphilis, il y a encore l'alopécie d'autres départements pileux du corps. La barbe est souvent décimée, de la même manière et par le même procédé que le cuir chevelu.

L'alopécie sourcillière est commune, surtout chez la femme; elle présente la forme diffuse ou la forme en clairière. Elle est caractéristique et je dois insister sur elle, car elle est un signe accusateur, dénonciateur, dans une foule de circonstances.

Le sourcil syphilitique a un aspect spécial, c'est un sourcil pauvre et rare. Chez un sujet jeune, le sourcil doit être très fourni, sinon c'est un sourcil suspect. Les poils deviennent divergents, ils sont déviés, et tandis que dans le sourcil normal ils sont inclinés dans le même sens, le sourcil syphilitique est hérissé, buissonneux.

Il n'y a que dans deux cas où l'on peut voir pareille lésion : il y a le sourcil normalement pauvre congénital, mais il s'accompagne d'une certaine rougeur tégumentaire, qui l'a fait nommer ichtyose par certains auteurs. Le sourcil peladique a aussi la même apparence, mais la distinction est généralement facile; la pelade n'attaque jamais le sourcil isolément, on la retrouve au cuir chevelu, à la barbe, en outre la pelade fait table rase, ce qui n'est pas pour la syphilis.

L'alopécie ciliaire est commune, mais partielle, incomplète.

L'alopécie génitale se voit surtout chez la femme; il y a aussi l'alopécie axillaire, et même on constate la chute des poils de la poitrine, des bras, jambes, etc.

Le traitement est peu de chose, exception faite pour le traitement général. Les malades essaient bien des moyens, conseillés par les coiffeurs; on a employé la célèbre pommade Dupuytren, le turbith, le quinquina, etc., etc.

On peut laisser faire des frictions alcooliques; ou a proposé

---

tandis que ceux-ci les possèdent en naissant, tels qu'ils les auront toute leur vie, chez l'homme ils se multiplient et se perfectionnent à mesure que son cerveau grandit et que l'exemple et l'éducation développent ses aptitudes héréditaires.

Ainsi, aux vagissements du nouveau-né, succèdent peu à peu quelques cris plus variés, plus intelligents, et qui traduisent des sensations nouvelles; puis, quelques monosyllabes se font entendre, peu nombreuses, mais qui suffisent à l'enfant pour rendre des sensations et des idées multiples, et cela, grâce à des nuances variées dans l'intonation, nuances si délicates qu'elles ne sont saisissables et intelligibles que pour la mère et pour les enfants entre eux, surtout entre jumeaux. Graduellement, et plus ou moins rapidement suivant les sujets, l'enfant associe plusieurs syllabes qui ne sont encore que des rudiments de mots, et cependant il comprend le langage, il le retient, car il ne se méprend jamais sur le sens des mots qu'on emploie en lui parlant; d'un autre côté, les mouvements de sa langue et de ses lèvres sont complètement libres; il l'a bien prouvé en saisissant, dès le premier jour, le sein de sa mère pour y puiser sa nourriture. Enfin la voix ne lui manque pas, car il la fait bien entendre.

Que lui manque-t-il donc pour qu'il parle? Il lui manque le développement complet de ce que M. Bouillaud a appelé *l'organe législateur de la parole, la faculté du langage articulé*.

Or, cette faculté, dont l'homme est en pleine possession depuis la seconde enfance, mais qui varie singulièrement d'un sujet à un autre, depuis le langage du paysan bas-breton jusqu'à celui que parle et surtout écrit son compatriote, l'ancien élève du séminaire de Saint-Sulpice, comme elle varie d'une race à l'autre, ainsi qu'en témoignent, d'une part, la misérable langue, véritable gloussement d'un Bochisman et, d'autre part, l'éloquence de tel ou tel Celte ou Gallo-Romain que je pourrais citer parmi ceux qui m'entourent; cette faculté, dis-je, il suffit d'une lésion parfois bien limitée du cerveau pour l'anéantir, tout en laissant intact le reste des facultés intellectuelles, et c'est à découvrir la région de la masse cérébrale où se produit cette lésion que ses recherches ont conduit M. Bouillaud.

Un homme dans la force de l'âge, mais ayant généralement dépassé 50 ans, en plein état de santé, éprouve tout à coup un vertige et perd connaissance : il revient à lui, reconnaît tout son monde, comprend tout ce qu'on lui dit; mais, lorsqu'il veut rendre compte

aussi la coupe des cheveux et la rasure, mais on n'en obtient aucun profit apparent.

Je me contente des soins d'hygiène, emploi restreint du peigne fin et de la brosse dure, suppression des coiffures qui tiraillent les cheveux.

Il n'y a que le mercure qui soit bien efficace, quoique les gens du monde disent qu'il fait tomber les cheveux. Bien des faits prouvent la fausseté de ce préjugé; des milliers de faits d'alocépie ont été observés chez des sujets qui ne prenaient pas de mercure, et des milliers de faits prouvent aussi qu'il facilite la repousse des cheveux.

CLINIQUE MÉDICALE

De la paralysie du trijumeau. — Leçon délivrée à King's College Hospital, le 5 décembre 1887, par David Ferrier

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Nous allons aborder maintenant une question fort discutée, au point de vue de laquelle notre cas a une grande importance — celle de l'origine et du trajet des nerfs qui président à la sensation du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue. Que le glosso-pharyngien constitue le nerf spécial du goût dans le tiers postérieur de la langue et les régions voisines, c'est là une vérité surabondamment démontrée par les faits pathologiques et par l'expérimentation sur les animaux; de plus on a observé que les papilles caliciformes subissaient une atrophie notable toutes les fois que le nerf glosso-pharyngien avait été sectionné.

Cependant, Gowers (1) a publié un cas de paralysie du trijumeau (due à une lésion probable de la protubérance), dans lequel la sensibilité gustative était complètement abolie et sur les deux tiers antérieurs, et sur le tiers postérieur de la moitié correspondante de la langue. Ce fait tendrait donc à établir que le tronc de la cinquième paire contient toutes les fibres du goût. Il n'est pas douteux que l'observation de Gowers est exacte; mais si l'on admet que le trijumeau était seul intéressé dans ce cas, le fait ne doit pas moins être considéré comme une exception à la règle. Il est incontestable que toute paralysie du nerf trijumeau s'accompagne de l'abolition de la sensibilité générale des muqueuses buccale et linguale du même côté, et que l'anesthésie se double, dans un grand nombre de cas, de la suppression du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue. Mais cette anesthésie sensorielle ne se retrouve pas toujours. Aussi, les auteurs qui pensent, avec Erb, que les fibres gustatives destinées aux deux tiers antérieurs de la langue finissent par pénétrer dans les troncs du trijumeau, acceptent néanmoins l'opinion d'après laquelle le nerf lingual ne possède de fibres gustatives qu'après s'être anastomosé avec la corde du tympan, qui serait dès lors le lien de passage des fibres nerveuses en question. A l'appui de cette hypothèse on a apporté des faits cliniques et des faits expérimentaux. Claude Bernard, Lussana et d'autres observateurs ont constaté que la section de la corde du tympan, chez les animaux, était toujours suivie d'une diminution notable, sinon de l'abolition complète, de la sensibilité gustative dans les deux tiers de la langue. Bernard toutefois attribuait ce résultat à la paralysie des muscles érecteurs des papilles. Cette explication n'a pas été généralement acceptée, et Schiff, entre autres, soutient que la corde du tympan contient bien réellement des fibres du goût. Il est des faits de paralysie faciale qui témoignent encore en faveur de cette opinion; ce sont principalement ceux dans lesquels le tronc de la septième paire était lésé dans l'intervalle qui s'étend du ganglion géniculé à l'origine de la corde du tympan. Ces cas sont assez nombreux et très démonstratifs.

Comment les fibres gustatives de la corde du tympan arrivent-elles jusqu'au tronc du nerf trijumeau? D'après Schiff, ces fibres, après avoir traversé le ganglion géniculé, suivraient le nerf grand pétreux superficiel jusqu'au ganglion de Mœckel, pour remonter ensuite par l'intermédiaire du maxillaire supérieur jusque dans le tronc de la cinquième paire. Un autre groupe de fibres gustatives émanées de la corde du tympan se dirigerait par le nerf petit pétreux superficiel vers le ganglion otique et passerait ensuite dans le maxillaire inférieur.

Si l'hypothèse de Schiff était exacte, l'arrachement du ganglion de Mœckel, la section du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du crâne, devraient déterminer la suppression ou tout au moins une diminution considérable du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue. Or, Prévost, Alcock et d'autres

(1) Journal of Physiology, t. III.

de ce qu'il éprouve, interroger ceux qui l'entourent, il ne peut prononcer un seul mot. Il a perdu la faculté du langage articulé; il est devenu ce que la langue médicale appelle un *aphasique*, et comme presque toujours, il a en même temps une paralysie plus ou moins complète du bras droit; il ne peut traduire sa pensée par écrit.

Cependant, au bout de quelques jours, un changement favorable s'opère : peu à peu la paralysie du bras droit disparaît, et graduellement la parole revient avec plus ou moins de lenteur, suivant que la lésion cérébrale a été plus ou moins profonde. Mais c'est là un des cas les plus heureux, et il s'en faut de beaucoup qu'un semblable retour à l'état normal soit la règle constante; il est des aphasiques qui ne recouvrent jamais complètement le libre usage de la parole, en ce sens qu'il est un certain nombre de mots qu'ils restent incapables de prononcer; d'autres enfin ne conservent de leur langage d'autrefois qu'un très petit nombre de mots, parfois même un seul mot, ou plus exactement un assemblage de syllabes qui n'a aucun sens, et que le malade répète avec obstination, en témoignant la plus vive impatience, parce qu'on ne le comprend pas.

Tous les médecins connaissent l'histoire de ce vieux pensionnaire de Bicêtre qui n'a prononcé pendant vingt ans que la syllabe *tan*, et cet autre qui, à toute question, répondait invariablement *coucici*. Il n'est aucun de nous qui n'ait observé, à l'hôpital ou dans la pratique civile, des faits de ce genre, avec cette particularité assez fréquente, que ces aphasiques n'ont plus à leur service que des mots grossiers, même pour exprimer des idées gracieuses. Un des cas les plus curieux, sous ce rapport, est celui d'une cliente de M. Trousseau, qui adressait à ses visiteurs les plus grosses injures, avec le sourire aux lèvres et les gestes d'une maîtresse de maison qui fait, avec affabilité, les honneurs de son salon.

Il serait tout à fait inopportun de passer ici en revue toutes les variétés d'aphasie, les faits que j'ai cités suffisent pour faire comprendre la nature de ce trouble fonctionnel.

Or, au cours des recherches expérimentales qu'il avait entreprises dans le but de déterminer la part d'influence du cerveau sur les fonctions locomotrices, M. Bouillaud, que hantaient d'ailleurs, à cette époque, les doctrines de Gall, s'était demandé si chacune des diverses parties dont se compose le cerveau ne tiendrait pas

expérimentateurs, ont prouvé qu'il n'en était rien. Et puis, les observations de section du maxillaire supérieur ou d'arrachement du ganglion de Mœckel chez l'homme, viennent aussi à l'encontre de la théorie de Schiff. J'ai observé récemment, avec le docteur Hughlings Jackson, à l'Hospice des Paralytiques et des Epileptiques, un homme atteint d'une névralgie faciale si rebelle et si douloureuse, qu'on avait dû recourir à l'extirpation du ganglion de Mœckel; le maxillaire supérieur avait été sectionné. Or, il n'y avait aucun trouble du goût dans la moitié correspondante de la langue. Notons aussi que chez notre malade, au moment où la sensibilité tactile et la sensibilité gustative ont commencé à reparaître dans les deux tiers antérieurs, l'anesthésie persistait encore absolue dans les sphères de l'ophthalmique et du maxillaire supérieur. Ce dernier fait indiquait que la conductibilité de ces nerfs était nulle, ce qui équivaut bien à une section expérimentale. Il faut reconnaître cependant que les impressions gustatives pouvaient encore, conformément à l'hypothèse de Schiff, suivre la voie restée libre, par la corde du tympan — le ganglion otique — le nerf maxillaire inférieur.

Ce cas semblerait donc assigner aux fibres du goût, émanées des deux tiers antérieurs de la langue, soit cette dernière voie, soit un trajet plus direct, suivant le tronc du lingual lui-même.

Lussana, Mathias Duval, Vulpian et quelques autres physiologistes soutiennent qu'après avoir suivi la corde du tympan, les fibres gustatives des deux tiers antérieurs de la langue vont se jeter directement dans le nerf intermédiaire de Wrisberg. Le fait clinique que je viens d'analyser devant vous ne s'accorde guère avec cette hypothèse; rien ne permet de songer ici à l'existence d'une lésion quelconque intéressant le facial, soit dans son trajet à travers le canal de Fallope, soit au-dessus. Il ne semble pas non plus qu'on ait jamais observé des troubles de la sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de la langue, dans les cas où le nerf de la septième paire s'est trouvé lésé entre son origine apparente et le point où il pénètre dans le trou auditif interne. Cependant on pourrait admettre que chez notre malade la lésion a porté uniquement sur le nerf de Wrisberg et respecté le tronc du facial.

Il est encore une autre hypothèse concernant le trajet des fibres du goût venues des deux tiers antérieurs de la langue. Elle a été émise par Carl; beaucoup de physiologistes l'ont adoptée. Voici en quoi elle consiste: Toutes les fibres gustatives se rendraient finalement dans le tronc du nerf glosso-pharyngien; celles émanées de la base de la langue suivant directement le tronc de ce nerf; celles provenant des deux tiers antérieurs arriveraient au glosso-pharyngien en passant par les filets anastomatiques qui relient le nerf de Jacobson au facial d'une part, et au lingual d'autre part à travers le ganglion otique. Cette hypothèse semble s'adapter exactement à un certain nombre de faits. Elle a tout au moins le mérite d'être simple, puisqu'elle ramène à un même noyau d'origine les diverses fibres du goût; mais elle ne saurait nous rendre compte des symptômes présentés par notre malade, non plus que d'autres faits analogues dans lesquels une lésion du nerf trijumeau avait déterminé l'abolition du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue, le glosso-pharyngien étant resté indemne de toute altération. Au reste, bien que toutes les fibres du goût aboutissent nécessairement à un même centre cérébral, rien ne prouve qu'elles doivent aussi passer par le même centre médullaire. Il est vraisemblable que les divers noyaux bulbaires avec lesquels elles entrent en communication, sont distincts les uns des autres et que cette indépendance facilite les actions combinées, concourant à la sécrétion salivaire, aux mouvements de la langue et à la déglutition.

Telles sont les quelques considérations que je désirais vous présenter à l'occasion de ce fait clinique. Vous reconnaîtrez avec moi que cette question du trajet anatomique des fibres du goût présente encore bien des obscurités et qu'elle appelle de nouvelles recherches.

Note additionnelle (23 décembre). — Sous l'influence de l'iodure de potassium, à la dose de 20 grains, trois fois par jour, et de la faradisation du côté droit de la face, le malade a continué à faire des progrès rapides, et la zone d'anesthésie totale s'est circonscrite au globe oculaire et aux paupières. Partout ailleurs, la sensibilité tactile est revenue plus ou moins complètement, mais il persiste de la difficulté de localisation et un certain degré d'analgésie, particulièrement dans la région frontale. Des douleurs paroxystiques traversent encore le globe de l'œil, mais ce dernier est moins congestionné; il y a des raisons de croire que les adhérences des bords de la pupille vont céder, au moins partiellement, à l'usage quotidien

---

sous sa dépendance un ordre spécial de mouvements, et en particulier ceux qui concourent à la production du langage articulé. Mais l'expérimentation sur les animaux ne pouvait, sur ce dernier point, lui fournir aucune lumière et, comme d'autre part, l'homme est pour la physiologie expérimentale un être inviolable et sacré, les maladies qui, au point de vue de la physiologie, sont de véritables expériences faites sur l'homme par la nature, pouvaient seules lui donner la solution de cet important problème, et les faits pathologiques ne tardèrent pas à lui fournir la démonstration qu'il attendait d'eux et qu'il avait annoncée d'avance.

M. Bouillaud avait eu l'occasion d'observer des individus qui, à la suite d'un simple vertige ou d'une perte de connaissance passagère, avaient perdu l'usage de la parole, bien qu'ils eussent conservé ou recouvré l'intégrité de leur intelligence et la complète liberté de tous leurs mouvements, y compris ceux des lèvres et de la langue.

Un trouble fonctionnel aussi nettement limité établissait déjà une forte présomption en faveur des idées préconçues de M. Bouillaud, et les preuves matérielles, les preuves anatomiques, ne se firent pas attendre; elles ne pouvaient échapper longtemps à l'attention d'un observateur aussi sagace, aussi exercé, et que devait d'ailleurs tenir en éveil l'espoir d'une découverte probable.

Les hasards de la pratique hospitalière ne tardèrent pas, en effet, à fournir à M. Bouillaud l'occasion de constater chez un aphasique une lésion du cerveau absolument limitée au lobe antérieur gauche.

Bientôt des faits analogues se représentèrent, pendant que, d'autre part, il trouvait la confirmation indirecte des premières données en constatant, sur des sujets qui avaient conservé le libre usage de la parole, des lésions occupant les régions moyenne et postérieure du cerveau.

Aussi put-il formuler à la fin de son mémoire une proposition ainsi conçue: « *Les mouvements des organes de la parole sont régis par un centre cérébral spécial, indépendant, et ce centre occupe les lobes antérieurs.* »

Comment a-t-il pu se faire que M. Bouillaud s'arrêtât à cette simple constatation et ne poussât pas plus loin ses investigations dans cette voie? C'est ce qu'on ne peut expliquer que par l'entraînement vers un autre ordre de recherches, de cet esprit tou-

de l'atropine. Néanmoins, si elle devaient persister, la question de l'iridectomie se poserait.

REVUE GÉNÉRALE

SUR LE PARAMYOCLONUS MULTIPLE (*Paramyoclonus multiplex* DE FRIEDREICH).

Suite et fin. — Voir les numéros 2, 3 et 4.

Nature de la maladie. — Diagnostic. — Relativement à la nature du *paramyoclonus multiplex*, on en est présentement réduit à des hypothèses. L'autopsie du malade de Friedreich-Schultze a vérifié l'exactitude des prévisions de Friedreich pour ce qui concerne l'absence de lésions matérielles des centres nerveux dans ce cas type de *paramyoclonus multiplex*. Nous avons dit les raisons invoquées par le médecin de Heidelberg, pour faire de ce syndrome l'expression d'un trouble dynamique des centres moteurs compris dans les colonnes antérieures.

Reste la question de diagnostic, au sujet de laquelle on a établi des rapprochements et des différences qu'on a cru trouver entre le *paramyoclonus multiplex*, la *chorée électrique* et les *tics non-douloureux*.

Sous le nom de chorée électrique (1), Henoch, en Allemagne, a décrit une affection spasmodique dont le titre prête à confusion, car elle n'a rien à voir avec la chorée vulgaire. En effet, d'après les propres termes dont s'est servi Henoch lors d'une présentation de malade faite à la Société des médecins de la Charité de Berlin (voir : *Berliner klin. Wochenschrift*, 1883, n° 1, p. 14), cette affection est caractérisée par des secousses fulgurantes, comparables à celles que provoque l'excitation faradique d'un nerf moteur ou mixte; de là cette qualification d'électrique donnée à la maladie. Ces secousses se produisent indépendamment de toute cause occasionnelle apparente, avec une fréquence et une intensité variables, par accès plus ou moins espacés. Chez le malade présenté par Henoch, les secousses agitaient les muscles de la *moitié droite* du visage, du cou et ceux de l'épaule droite, plus rarement les muscles d'autres régions; elles n'étaient pas influencées par les mouvements intentionnels, contrairement à ce qui a lieu dans la chorée vulgaire; elles cessaient complétement pendant le sommeil. M. Henoch ajoutait qu'il avait jusqu'alors observé 15 exemples de cette curieuse affection, chez des enfants et des adolescents des deux sexes; que l'étiologie de la maladie lui paraissait très obscure (l'intervention d'une frayeur subite avait été notée dans plusieurs observations); que le pronostic était, d'une façon générale, défavorable, le passage de l'affection à l'état chronique ayant été de règle, après quoi elle paraît défier les ressources de la thérapeutique.

Un peu plus tard, lors d'une communication à la Société médicale de Berlin (séance du 28 novembre 1883; voir : *Berliner klin. Wochenschrift*, 1883, n° 51, p. 797, et n° 52, p. 801), Henoch, en parlant de deux nouveaux cas de chorée électrique, insistait sur ce détail : que, dans cette affection, l'agitation musculaire, loin de s'exaspérer sous l'influence des mouvements intentionnels, peut être réprimée par un effort de volonté; il suffit pour cela que les malades mettent en mouvement les membres dont les muscles participent à l'agitation involontaire qui est le propre de la chorée électrique.

Incidemment, M. Henoch attirait l'attention sur la grande ressemblance qui existe entre les symptômes de la chorée électrique et ceux du « tic non douloureux », telle que cette dernière affection a été décrite par Trousseau, dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.

Pour que le lecteur puisse immédiatement se rendre un compte exact des choses, nous allons reproduire la définition que Trousseau (*loc. cit.*, 4e édition, t. II, p. 267) a donné du tic *non douloureux*. Celui-ci « consiste en des contractions instantanées, rapides, involontaires, généralement limitées à un petit nombre de muscles, habituellement aux muscles de la face, mais pouvant en affecter d'autres, ceux du cou, du tronc ou des membres ».

Pour ce qui est du résultat somatique de ces secousses « chez l'un, disait Trousseau, c'est un clignotement des paupières, un tiraillement convulsif de la joue, de l'aile du nez, de la commissure des lèvres, qui donne au visage un air mena-

(1) La chorée électrique de Henoch, ainsi que l'a fait remarquer Schultze, ne doit pas être confondue avec l'affection décrite sous ce même nom par un auteur italien, Dubini.

---

jours si actif, toujours si ardent à découvrir, dans les faits morbides, le lien, si longtemps méconnu, qui unit la pathologie à la physiologie.

« Je n'ai point encore osé, dit-il lui-même, déterminer le point mathématique des lobes antérieurs où siège le pouvoir coordinateur du langage articulé. D'autres viendront après moi qui le découvriront. »

Il était réservé à M. Broca, resté longtemps incrédule sur la réalité de la découverte de M. Bouillaud, de la compléter, bien des années après, en montrant que ce siège précis est une des circonvolutions du lobe antérieur gauche du cerveau et, circonstance bien faite pour flatter les sentiments paternels de M. Bouillaud, c'était au talent avec lequel son gendre, M. le docteur Auburtin, avait exposé et défendu devant la Société d'anthropologie, les idées du maître, que celui-ci devait la conversion inattendue de M. Broca.

Depuis, M. Charcot est allé plus loin encore en localisant avec précision, dans la même région, les trois centres qui président aux trois modes suivant lesquels nous pouvons exprimer nos pensées, nos volontés et nos impressions, c'est-à-dire la parole, le geste et l'écriture.

N'y a-t-il vraiment dans l'aphasie qu'un trouble de la faculté coordinatrice des mouvements qu'exigent ces trois formes du langage? C'est là une question du plus haut intérêt, mais dont l'étude m'entraînerait beaucoup trop loin. Ce que je dois au moins faire remarquer, c'est que M. Bouillaud, sans s'être expliqué d'une manière très positive sur ce point, a implicitement reconnu, en définitive, que l'aphasie n'est pas seulement le résultat d'une lésion d'un centre de coordination, lorsqu'il a dit qu'il y a dans la parole deux phénomènes très différents et qui procèdent, l'un de la faculté de créer des mots comme signes des idées et d'en conserver le souvenir, l'autre de la faculté d'articuler ces mots; qu'en d'autres termes, il y a, pour ainsi dire, une parole intérieure et une parole extérieure, celle-ci n'étant que l'expression de la première.

(A suivre.)

çant ; chez un autre, c'est un hochement de tête, une contorsion brusque et passagère du cou, se répétant à chaque instant ; chez un troisième, c'est un soulèvement d'épaule, une agitation convulsive des muscles abdominaux ou du diaphragme, c'est en un mot une variété infinie de mouvements bizarres qui échappent à toute description ». Affection chronique par excellence, ajoutait Trousseau, qui guérit difficilement, mais qui est susceptible de changer de place, lorsqu'on soumet à une gymnastique méthodique, ordonnée, les muscles qui sont affectés de la convulsion.

Cette citation n'a pas seulement pour but d'établir la ressemblance parfaite qui existe entre le « tic non douloureux », tel que l'a décrit Trousseau, et la chorée électrique de Henoch; elle fait aussi ressortir le principal caractère clinique qui différencie l'affection désignée sous ces deux noms, du *paramyoclonus multiplex*. Chez le sujet affecté du « tic non douloureux » ou, ce qui revient au même, de la chorée électrique, les secousses consistent en des contractions coordonnées qui aboutissent à des déplacements de membres, à des changements d'attitude ou de mimique. Dans les cas de *paramyoclonus multiplex*, les secousses qui agitent les muscles du visage n'ont rien d'expressif; elles sont banales : les déplacements de membres font défaut ou se produisent à titre exceptionnel ; c'est au point que, dans sa forme pure et alors que les secousses n'envahissent pas le visage, le *paramyoclonus multiplex* ne se reconnaît pas chez un malade couvert de ses vêtements, suivant la remarque de Schultze.

Un autre caractère différentiel réside dans la répartition des secousses. Celles-ci, dans les cas de « tic non douloureux », prédominent à la face; elles restent généralement limitées à un petit nombre de muscles et elles affectent d'ordinaire une tendance à n'envahir qu'un seul côté du corps. Dans les cas de *paramyoclonus multiplex*, la face peut ne pas être envahie par les secousses ; toujours l'agitation convulsive est plus prononcée aux membres et au tronc qu'au visage; toujours les muscles envahis lors d'un même accès ou dans une série de petits accès successifs occupent une disposition symétrique. Puis, lors d'un de ces accès, les secousses, d'abord très faibles et limitées à un petit nombre de muscles, gagnent ensuite en intensité et en extension, pour de nouveau passer par une phase décroissante, ce qui n'a pas lieu pour le « tic non douloureux ». Enfin, ce dernier constitue une affection bien autrement rebelle que le *paramyoclonus multiplex*.

Il ne faudrait pourtant pas attribuer une valeur exagérée à ces caractères différentiels et y voir de quoi établir une ligne de démarcation bien nette entre ces deux syndromes spasmodiques, *paramyoclonus multiplex* d'une part, « tic non douloureux » ou chorée électrique de l'autre. Il existe des observations qui réalisent une association de caractères cliniques communs aux deux syndromes. C'est ainsi que, dans sa communication en dernier lieu citée, Henoch mentionnait un cas de chorée électrique, relatif à un garçon de 11 ans qui, bien portant jusqu'alors, avait été saisi d'une frayeur subite. Dans la nuit qui suivit apparurent les secousses fulgurantes. « Tous les muscles du corps étaient le siège de ces secousses, semblables à celles que développe le courant d'induction, et, circonstance qui distingue spécialement ce cas, au moment de chaque secousse, l'usage de la parole était complètement interrompu. En outre, on entendait chaque fois une inspiration suspirieuse qui, à ce qu'il semblait, était en rapport avec une contraction spasmodique du diaphragme. »

M. Marie, dans l'article cité plus haut, ne s'est occupé que des relations possibles du *paramyoclonus multiplex* avec les tics, pour conclure à la séparation de ces deux variétés d'affections. Or, dans les quelques lignes qu'il consacre à cette question de diagnostic différentiel, M. Marie, en parlant des tics, paraît n'avoir eu en vue que la *maladie des tics*, telle qu'elle a été conçue par le professeur Charcot et telle qu'elle a été décrite sous l'inspiration et d'après les observations de ce maître, par deux de ses élèves, M. Gilles de la Tourette (*Archives de neurologie*, no 25, 1885), et M. G. Guinon (*Revue de médecine*, janvier 1886, p. 50). Il suffit de lire les observations contenues dans ces deux travaux, pour se convaincre qu'il n'y a pas de confusion possible entre le *paramyoclonus multiplex* et la maladie des tics. On en trouve déjà la preuve suffisante dans les termes dont se sert M. Guinon pour définir cette dernière : « On peut, écrit M. Guinon, donner le nom de *maladie des tics convulsifs* à une affection qui, lorsqu'elle atteint son plus haut degré de gravité, s'accompagne des phénomènes connus sous le nom d'écholalie, échokinésie et coprolalie, ainsi que d'un état mental particulier qui se manifeste surtout par la présence d'idées fixes ». Si on s'en tenait à cette première partie de la définition, il n'y aurait, je le répète, aucune assimilation possible entre le *paramyoclonus multiplex*, névrose exclusivement motrice, et la maladie des tics, qui se complique de troubles psychiques. Mais l'auteur que nous citons ajoute : « Dans sa plus grande bénignité, elle (la maladie des tics) n'est caractérisée que par les tics proprement dits, c'est-à-dire par des grimaces de la face ou les mouvements involontaires des membres qui sont d'une si grande fréquence ». Ce qui signifie évidemment que, dans l'idée de Charcot, le « tic non douloureux », tel que l'a décrit Trousseau, n'est qu'une forme bénigne ou fruste de la maladie convulsive où, aux tics, s'associent des désordres qui touchent à la sphère mentale, en particulier la coprolalie.

S'il en est ainsi, et si l'on considère d'autre part qu'il n'y a pas entre le tic douloureux vulgaire, autrement dit la chorée électrique, et le *paramyoclonus multiplex* une ligne de démarcation bien rigoureuse, si l'on tient compte ensuite de ce que la chorée électrique peut être considérée comme n'étant dans la hiérarchie nosologique qu'un degré plus élevé du *paramyoclonus multiplex* (Schultze), on se trouve amené à conclure que toutes ces affections, *considérées seulement dans leur expression clinique*, se fondent insensiblement les unes dans les autres ; il apparaît comme vraisemblable de les rapporter soit à des troubles purement dynamiques, soit à des altérations structurales de territoires centraux équivalents au point de vue fonctionnel. A toutes ces formes morbides on peut aussi appliquer ce que M. Guinon a dit des modalités de la maladie des tics, à savoir qu'il s'agit toujours de « l'expression d'une tare le plus souvent héréditaire ». Car pour ne parler que de la forme la plus bénigne de ces affections convulsives, le *paramyoclonus multiplex*, ici la cause la plus habituellement incriminée, la frayeur, ne saurait produire ces accès de secousses convulsives que chez des sujets dont le système nerveux, en état de prédisposition pathologique acquise ou congénitale et réalise une sorte de fragilité anormale qui le dispose aux spasmes.

Que si maintenant l'on ne considère dans ces différents syndromes que la manifestation la plus en vue, les secousses convulsives, si l'on rapproche aussi des secousses du *paramyoclonus*, le phénomène spasmodique connu sous le nom

de contractions ou tremblements fibrillaires, phénomène qu'on observe chez beaucoup de neurasthéniques, et qui est de règle dans la *forme spinale de l'atrophie musculaire progressive* (en rapport avec des altérations de la substance grise des cornes antérieures, on peut établir l'échelle suivante des degrés, d'importance croissante, auxquels répondent ces phénomènes convulsifs :

1° Contractions fibrillaires ;

2° Secousses musculaires du *paramyoclonus multiplex*, sans déplacement de membres ;

3° Secousses convulsives de la chorée électrique et du « tic non douloureux » (forme commune);

4° Manifestations convulsives de la *maladie des tics*, telle qu'elle a été décrite par Charcot.

Je donne cette classification pour ce qu'elle vaut. Dans mon esprit, elle ne saurait avoir d'autre portée que de faciliter le classement, la hiérarchisation des phénomènes convulsifs qu'on observe dans un certain nombre d'affections névrosiques dont la nature et les relations sont encore à connaître.

E. RICKLIN.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Suite et fin. — Voir les numéros 3 et 4.

IX. SUR LE DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DES TACHES DE SANG. — X. MORT D'UN NOUVEAU-NÉ PAR CHUTE PROBABLE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT. — XI. CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DU CORDON OMBILICAL PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — XII. PRODUCTION DE PORES DANS LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE SOUS L'INFLUENCE DE LA CONGÉLATION, ET PEUT-ÊTRE DE LA PUTRÉFACTION.

IX. Le docteur Ch. Albert Ricci a entrepris, dans le laboratoire de médecine légale de l'Université de Padoue, d'intéressantes recherches expérimentales relatives au diagnostic des taches de sang (1), recherches qui l'ont conduit aux conclusions suivantes :

La putréfaction ne détruit les globules sanguins que vers le vingt-quatrième jour. La moisissure n'a aucune influence sur la destruction des globules. La putréfaction ne joue qu'un faible rôle et la moisissure n'en joue aucun dans la production des cristaux d'hémine. Dans la pratique les experts ne sauraient donc se refuser à examiner une tache soupçonnée d'être due à du sang moisi.

X. Le professeur Winckel, de Monaco, avait publié une statistique de 216 cas d'accouchement précipité dans lesquels il réfute et considère comme fausses les assertions de mères ayant voulu faire croire que le crâne de leur enfant s'était brisé par une chute au moment de l'accouchement. Le docteur Freyer (1), tout en convenant que les faits avancés ne sont probablement pas tous véridiques, admet cependant la possibilité des fractures de crâne dans certaines circonstances. Outre de nombreuses autorités scientifiques, il cite un fait judiciaire de sa pratique dans lequel il n'a pas été possible, pas plus aux magistrats qu'à lui, de méconnaître une fracture linéaire du pariétal gauche, imputable à un accident obstétrical.

Freyer fait remarquer que, même en n'acceptant pas comme vraie la déclaration d'une mère d'avoir accouché dans la station debout, par le fait que les fractures sont linéaires, ne siègent que sur un seul os et suivant les irradiations de l'ossification, ces fractures ne peuvent être produites par des coups ou des chocs ayant un caractère criminel.

XI. M. Budin, ayant eu l'occasion d'observer deux cas de rupture du cordon due à l'expulsion brusque du fœtus, la femme étant dans la situation horizontale, en a communiqué la relation à la Société de médecine légale de Paris (1).

La rupture a-t-elle pu être favorisée par les circulaires du cordon, et, a demandé M. Vibert, a-t-on examiné la fragilité spéciale de ces cordons? Existe-t-il un point d'élection pour ces ruptures? Non, puisque Depuis a vu le cordon se rompre à l'ombilic et M. Budin à 7 et à 10 centimètres de l'ombilic. Comment donc expliquer la production de ces faits tellement exceptionnelle que les médecins légistes seraient à peu près généralement portés, en face de pareilles assertions, à admettre une intervention criminelle? L'explication est difficile sans doute et les expériences tentées par M. Budin pour rechercher si le cordon rempli de sang est plus fragile que lorsque ses vaisseaux sont vides n'ont pas été démonstratives. Mais est-ce là une raison pour nier les faits, si exceptionnels soient-ils? Ils sont trop heureux ceux qui peuvent toujours connaître les causes des phénomènes. Les hommes de science doivent savoir se passer de ce bonheur et lorsque M. Brouardel a poussé M. Budin à publier ses deux observations il a fort bien agi. Grand a été l'émoi sans doute dans le sein de la Société de médecine légale. Mais qu'importe?

Quelques mois après (8 août), le docteur Bontempe adressait de Saumur une nouvelle observation de rupture spontanée du cordon, et le docteur F. Perret, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de Rennes, en adressait une autre (2).

De plus, le docteur Bontemps terminait sa relation par les lignes suivantes, qui pourraient représenter une observation nouvelle :

« Le 8 mars 1887, j'étais père d'un garçon qui désira faire son entrée dans le monde à huit mois et quelques jours. Je fis la ligature tardive : au premier tour de fil, et je serrais très lentement et très doucement, le cordon se coupa net à un travers de doigt de l'insertion, comme si on l'avait tranché avec des ciseaux. Je dus reporter plus bas ma ligature et prendre les plus minutieuses précautions pour éviter une nouvelle section, car alors j'eus été au ras de l'abdomen. J'étais vraisemblablement tombé sur un point faible du cordon, très solide en tous les autres points. Il n'y avait pas non plus de circulaires et, par conséquent, pas de tiraillement à incriminer de ce chef ».

Ce fait ne pourrait-il pas fournir, sinon la clef du problème, du moins montrer le chemin de la solution. Pourquoi donc ne pas se contenter pour le moment d'admettre que certains cordons peuvent avoir des points faibles? Cela vaut mieux que

(1) RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA E DI MEDICINA LEGALE, t. XII, fascicules I-II.

(1) VIERTEL. FÜR GERICHT. MED., avril 1886.

(1) Séance d'avril 1887. — Voir aussi le compte rendu de la séance de juillet.

(2) ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, janvier 1888, p. 54-56.

de nier la possibilité de ruptures que l'on n'a pas constatées.

XII. Le docteur Jules Rezzonico a donné une contribution importante à l'étude des phénomènes cadavériques en décrivant certaines particularités qu'il a observées sur des cerveaux qui, d'abord durcis dans le liquide de Müller, avaient été ensuite soumis à une basse température (2). Il a constaté, par des coupes multiples, l'existence de petites cavités, de vacuoles, de solutions de continuité tout à fait uniformes, disséminées dans le parenchyme cérébral et pouvant simuler le rare phénomène pathologique de la *porose cérébrale*. Aussi l'auteur donne-t-il le nom de *cerveaux poreux par congélation* aux cerveaux qui ont subi cette altération artificielle.

Dans une analyse critique de ce travail (3), le docteur Filippi, se plaçant au point de vue des applications médico-légales et invoquant ses vingt-deux années de pratique active, fait entrevoir que le cerveau, aussi bien que le foie et les reins, peuvent devenir poreux par le fait seul d'une lente putréfaction, sans que l'on soit obligé, pour expliquer ce phénomène, de faire intervenir l'influence du bichromate de potasse et de la congélation, non plus que l'existence de certaines formes d'aliénation mentale.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

TRAVAUX A CONSULTER

1° Vinc. Cozzolino. L'oreille et la médecine légale (Il Morgagni, avril 1887). — 2° W. Müller. Les proportions du cœur humain (Hambourg et Leipzig, Woss, éditeur). — 3° Giuseppe d'Angelo. Contre-expertise médico-légale dans un cas de conjonctivite mal soignée et ayant abouti à la cécité (Il Progresso Medico, juillet 1887). — 4° A. Reverdin. Quatre observations d'épingles à cheveux dans la vessie de femmes (Revue médicale de la Suisse Romande du 20 janvier 1888). — 5° Romolo Polacco. Contribution chimique et histologique à l'étude de l'avortement interne (Il Morgagni, décembre 1887). — 6° Gaetano Cappelli et R. Brugia. Un cas d'alcoolisme chronique (Riv. sper. di Freniatria e di med. leg., 1887, fasc. 3). — 7° Dr Motet. Sur deux alcoolisés meurtriers (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., janvier 1888). — 8° T. Falcone. Sur les conditions de l'enseignement et de la pratique de la médecine légale en Italie (Il Morgagni, octobre 1887). — 9° Dr Ravoux. Du dépeçage criminel au point de vue anthropologique et médico-judiciaire (Thèse de Lyon. Storck, 1888). — 10° Professeur Arrigo Tamassia. Etudes expérimentales sur les caractères différentiels de l'ecchymose et de l'imbibition cadavérique (Riv. sper. di Frœniatria e di med. leg., t. XII, fasc. 4.

Erratum. — A la première ligne du précédent article de la Revue de médecine légale, lire : *Grandclément*, au lieu de : *Grand* (*Clément*).

P. F.

(1) Rivista sperimentale di Freniatria e di medicina legale 1887, vol. XIII, fasc. 2, p. 112 et suiv.

(3) Lo Sperimentale, décembre 1887.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par le docteur Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Nous avons eu déjà à diverses reprises l'occasion de faire dans ce journal l'éloge, bien mérité d'ailleurs, des travaux de M. le docteur Reclus. L'ouvrage qu'il vient de présenter au public médical ne le cède en rien à ses devanciers. Ce volume de leçons cliniques, s'il ne peut ajouter à la réputation si connue de son auteur, n'en met pas moins en relief une fois de plus son incomparable talent.

J'avais eu le bonheur d'entendre plusieurs de ces cliniques, j'en avais lu quelques-unes publiées dans les journaux, et j'avoue que j'ai tenu à les relire toutes et que toutes m'ont procuré un égal plaisir.

Comme elles sont vivantes ces leçons, et combien le lecteur se sent entraîner malgré lui par la puissance dialectique de l'auteur.

Nous pouvons citer comme types du genre :

1° *Sa leçon sur l'infection tuberculeuse par la voie génitale*, dans laquelle il se déclare adversaire résolu de la doctrine soutenue par Fernet à la Société médicale des hôpitaux et combat pied à pied ses arguments ;

2° *Sa leçon sur la maladie kystique de la mamelle et sur la maladie noueuse*, où il détruit la notion de l'existence propre de cette dernière, en montrant qu'elle est identique à « la maladie de Reclus » ;

Ses adversaires sont battus, car la cause en est définitivement jugée ; il ne reste rien de leur argumentation. D'ailleurs, l'anatomie pathologique de la prétendue maladie noueuse n'a jamais été faite, et Reclus a bien raison de dire « que la maladie noueuse n'est donc que la maladie kystique débaptisée, amoindrie, châtiée dans son anatomie pathologique ; »

3° *Ses deux leçons sur les abcès de la région ano-rectale ;* dans ces leçons, il soutient sa doctrine préférée « Faget contre Foubert ». Il s'attaque surtout aux prétendus cas de guérison par la simple ponction, les étudie un à un et arrive à cette conclusion que le plus souvent l'anatomie pathologique n'a pas été faite et que les partisans de Foubert n'ont pas le droit de prétendre avoir guéri des abcès de la fosse ischio-rectale par la simple ponction. Et souvent, de la meilleure foi du malade, des chirurgiens ont considéré comme guéris des abcès qui récidivaient plus tard ;

4° *Ses deux leçons sur la laparotomie dans les perforations traumatiques de l'intestin ;* ces cliniques résument merveilleusement cette question qui a préoccupé si fort les esprits dans ces derniers temps et a donné lieu à de si intéressantes polémiques dans les Sociétés savantes et dans la presse ;

5° Une leçon très remarquable sur les anus iliaques et lombaires, où il reproduit les arguments développés par lui au premier Congrès de chirurgie, mais qu'on relit avec un égal intérêt.

Telles sont, à notre avis, les plus intéressantes leçons de discussion doctrinale.

Mais, à côté d'elles, combien de leçons où l'auteur nous « met au point » des questions importantes, difficiles souvent à bien comprendre.

Je citerai à ce point de vue :

1o Une leçon très importante sur la *suture des nerfs*; réellement, cette clinique est un modèle que consulteront avec fruit tous ceux qui désirent comprendre cette question si controversée de la suture des nerfs.

Quelle clarté d'exposition! Tous les faits récents y sont classés méthodiquement et permettent d'en interpréter facilement la portée. Ce sont d'abord les cas où la sensibilité seule est revenue et où il est difficile souvent de faire le départ entre la sensibilité *conservée* et la sensibilité *recouvrée* (cas de Segond), puis les faits de retour de la sensibilité et de la motilité « les seuls inattaquables », puisque on ne peut invoquer la récurrence, comprenant les faits « physiologiques » (retour tardif — cas de Chrétien) et les observations « paradoxales » (retour immédiat) qui sont contraires aux notions acquises sur la régénération des nerfs et dont il existe actuellement plusieurs cas bien observés (Tillaux, Kraussold, Kolliker); enfin des faits plus paradoxaux encore de succès après suture secondaire, que l'auteur analyse avec soin.

2o Une leçon très intéressante sur la *pathogénie des phlegmons diffus*. On ne saurait trouver ailleurs un exposé plus clair et plus intéressant des causes qui ont fait disparaître l'ancien phlegmon diffus du compendium.

3o Nous ne faisons que signaler ses leçons : sur la fièvre de croissance, l'ostéite tuberculeuse, la coxo-tuberculose, la tuberculose buccale, le lymphadénome cervical, la pathogénie des vaginalites, la spermatorrhée, le bubon chancrelleux, etc.

Viennent ensuite une série de cliniques fort intéressantes et basées sur les travaux propres de l'auteur. Parmi elles, nous signalerons surtout le fongus tuberculeux du testicule, la maladie kystique de la mamelle, les molluscums fibreux de la région ano-rectale, le traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse.

Je ne sais ce qu'il me faudrait encore pour donner de ce livre une image à peu près exacte. J'ai tenu simplement à en faire ressortir quelques points, car il faut renoncer à en présenter une analyse fidèle : il doit être lu et médité, et je le recommande chaudement au public; d'ailleurs, je ne crains pas, d'après le plaisir qu'il m'a procuré et les connaissances nombreuses que j'y ai acquises, de lui assurer une bonne place dans la littérature médicale.

PICQUÉ.

MÉDECINE CLINIQUE, par le professeur G. SÉE et le docteur LABADIE-LAGRAVE, t. IV. — UROLOGIE CLINIQUE ET MALADIES DES REINS, par F. LABADIE-LAGRAVE, in-8o, Paris, 1888; Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

A la fin de ce siècle si productif, où l'on voit s'accumuler avec une activité, sinon une rage, tous les jours croissante les publications multipliées sur chacun des chapitres, même les moindres, de la médecine, on ne peut qu'admirer le courage d'hommes capables de s'assujer à fondre cette masse énorme de documents en un vaste ensemble. Il faut sûrement avoir, comme dit le poète, mesuré la solidité de ses épaules, savoir exactement

. . . . *Quid ferre recusent,*
Quid valeant humeri . . . . . .

pour entreprendre de se charger de ce travail de cyclope. Cette œuvre, MM. Germain Sée et Labadié-Lagrave l'ont abordée vaillamment, comme de gaieté de cœur, et ils la poursuivent alertement, soutenus sans doute par la conscience du service qu'ils peuvent rendre à la médecine et aux médecins de nos jours.

Voici, bien que portant le no 4, le cinquième volume de cette vaste publication. Les quatre autres ont déjà été publiés, et rapidement, on le sait, avec une ardeur toute juvénile par le professeur Germain Sée, que dis-je, plus que juvénile, car, dans cette œuvre commune à laquelle on partait comme attelés à deux, l'aîné des auteurs devançait son confrère, qui vient seulement de nous donner son volume sur les maladies des reins.

Comment rendre compte de ce majestueux compendium de l'urologie clinique? M'excuserai-je en disant que le volume atteint près de douze cents pages, ou encore mieux en signalant la longueur de la table des matières, qui occupe soixante-quatorze pages à elle seule?

En présence de ces chiffres, qui parlent assez haut, peut-on songer à regretter que l'anatomie et la physiologie du rein aient été un peu écourtées? Mais, pour mettre en avant cette critique, il faudrait oublier que ce livre a un but essentiellement clinique. Sans doute aussi, tout n'y est pas foncièrement neuf, et bien des chapitres, que nous venons encore de lire avec plaisir dans ce volume, nous en connaissions la substance pour l'avoir déjà appréciée dans l'article *Reins* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de Jaccoud. Cet article étant, d'ailleurs, signé Labadie-Lagrave, l'auteur aurait le droit de nous répondre qu'il prend son bien où il le trouve.

Mais, encore une fois, cette œuvre n'a pas la prétention de ne renfermer que des recherches originales. Elle n'aspire qu'à résumer (et résumer avec des détails suffisants), qu'à exposer avec la plus grande lucidité possible l'état de nos connaissances sur les maladies qui atteignent les organes sécréteurs de l'urine.

Au surplus, je me décide à citer les titres des divers chapitres, ce sera encore le meilleur moyen de donner l'idée de l'étendue et de la méthode d'exposition de ce volume.

1o Anatomie médicale du rein; 2o Physiologie; 3o Urines normales au point de vue physiologique et clinique; 4o Urines pathologiques (modifications dans la quantité et dans la fréquence de l'émission des urines, modifications des matières physiques, modifications pathologiques des substances normalement contenues dans l'urine, substances anormales, sédiments); 5o Urologie clinique; 6o Tableaux synoptiques pour les recherches urologiques; 7o Urines fébriles; 8o Urines puerpérales; 9o Urines dans les maladies des divers appareils (respiratoire, circulatoire, digestif, nerveux, cutané), urines dans les maladies infectieuses; 10o Urines dans les maladies des voies urinaires.

Nous arrivons à la deuxième partie qui, sous ce titre : *Maladies des reins*, comprend vingt et un chapitres : congestion, pathologie générale des néphrites, néphrites aiguës, mal de Bright, néphrites parenchymateuses chroniques, interstitielles chroniques, néphrites ascendantes, infectieuses, chirurgicales, suppurées, pyélites, dégénérescence amyloïde, stéatose, syphilis, tuberculose, tumeurs du rein, hystes, hydronéphrose, parasites, anomalies du rein et, enfin, pour clore cet important ouvrage, un chapitre sur la périnéphrite.

Qu'ajouter, après cette énumération, sinon que les médecins trouveront dans ce volume une multitude de documents qu'ils rechercheraient à grand'peine dans des centaines de volumes.

C'est faire le plus grand éloge d'un ouvrage de ce genre

que de montrer combien le cadre, si large fût-il, a été rempli.

Dr Paul FABRE (de Commentry).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, par M. P. DUREY-COMTE. — Thèse de Paris, 1887.

Tout ce qui a trait aux affections congénitales du cœur et des gros vaisseaux, intéresse hautement la science. M. Durey-Comte, ayant eu l'occasion d'observer en 1881, dans le service d'Archambault, un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire sur une fillette de 7 ans, a pris ce fait pour point de départ de sa thèse inaugurale.

Après y avoir joint une autre observation inédite recueillie par le docteur Potocki dans le service de M. Siredey (sur une femme de 29 ans), il a relevé, reproduit ou résumé, 34 autres observations publiées depuis 1880, date de la publication de l'article *Cyanose*, par M. Grancher (dans le DICTIONNAIRE DE DECHAMBRE) qui a donné une bibliographie complète de cette question, ainsi que M. Cadet de Gassicourt (dans son TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE).

Ce n'est qu'en 1749 que Sénac décrivit le premier la cyanose dans son TRAITÉ DES MALADIES DU CŒUR. Morgagni en publia ensuite une observation très complète; puis Chamseru, Caillot, Corvisard, Gintrac, Ferrus, et enfin M. Jaccoud, apportent de nouveaux matériaux à l'étude de cette question.

Les premiers auteurs en date attribuaient le phénomène cyanotique au mélange du sang veineux et du sang artériel. Mais, dès 1823, Ferrus ne voit dans la cyanose que le symptôme d'un grand nombre de maladies, et aujourd'hui l'on s'accorde en effet à admettre que la cyanose est la conséquence de bien des affections ou malformations rendant l'hématose imparfaite : (1o Lésione de l'artère pulmonaire ; 2o lésions cardiaques concomitantes; 3o lésions des autres organes qui consistent en une stase sanguine veineuse générale aboutissant fréquemment à la tuberculose pulmonaire).

On sait que deux théories ont été avancées pour expliquer la production du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et des lésions cardiaques qui s'y rattachent : la théorie de l'arrêt ou d'un vice de développement, et la théorie de l'endocardite fœtale qui rend plus facilement compte des lésions observées et dépend souvent de la diathèse rhumatismale ou syphilitique des parents.

Si la thérapeutique ne peut rien contre la lésion congénitale, on peut néanmoins chercher à prévenir les accès qui précipitent le cours de la maladie par une hygiène intelligente, écartant les causes de fatigue, les excès, les émotions morales. Pendant les paroxysmes, M. Durey-Comte conseille le repos absolu en même temps que l'emploi des diurétiques, les dérivatifs intestinaux et les stimulants de la fibre cardiaque (digitale, caféine). On pourrait même, ajoute l'auteur, avoir recours à la saignée quand les accidents sont trop graves. Ce serait le plus sûr moyen et le plus rapide de faire disparaître ou du moins de diminuer l'accumulation du sang dans le système veineux.

Dr ALBERTUS.

BULLETIN

PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS. — ANESTHÉSIE LOCALE PAR LE CHLORURE DE MÉTHYLE. — POUVOIR TOXIQUE ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE BORIQUE. — LES BAINS FROIDS SYSTÉMATIQUES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Fournier a lu mardi dernier, à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, les conclusions de la Commission chargée d'examiner les moyens propres à prévenir la syphilis. Nos lecteurs les connaissent déjà par le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, qui les a reproduites. Le programme de réformes tracé par la Commission est vaste; il ne comprend pas seulement les mesures administratives de surveillance des prostituées, le mode d'hospitalisation et de traitement des malades, civils ou militaires; il s'étend au mode de recrutement du personnel médical des dispensaires et des asiles spéciaux ne dépendant pas de l'Assistance publique, ainsi qu'à l'enseignement spécial donné aux élèves en médecine. Ces différentes réformes ont-elles la même importance et méritent-elles de figurer au même plan ? C'est ce que nous apprendra la discussion générale qui doit s'ouvrir mardi prochain, et sur laquelle nous ne voulons pas anticiper.

— Le chlorure de méthyle, dans les premières applications qui en ont été faites par M. Debove, était un agent révulsif. M. Besnier a utilisé ensuite, au point de vue anesthésique, la réfrigération qu'il produit; mais il n'était pas toujours facile, ni même possible, de diriger le jet de chlorure sur les points qu'on aurait voulu atteindre. C'est ce qui a donné à M. le docteur Bailly (de Chambly), l'idée de modifier ce procédé et de le faire entrer ainsi dans la pratique courante.

La première modification consiste à faire agir sur les parties à anesthésier, non plus directement le jet de chlorure de méthyle, mais des tampons qui ont reçu ce jet et sont imprégnés de la substance réfrigérante. Ces tampons sont formés, au centre, de deux tiers d'ouate sèche ; à la périphérie d'un tiers de bourre de soie. Ils sont de forme et de volume variés. Suivant le temps qu'en dure l'application, on obtient la simple réfrigération suivie d'une stimulation locale, ou l'anesthésie, ou la congélation avec phlyctènes, puis eschares, c'est-à-dire une révulsion plus ou moins intense.

M. Bailly a réalisé une seconde modification, on peut dire une amélioration, en imaginant un petit appareil dans lequel on peut conserver pendant environ trois heures et transporter ainsi chez les malades le chlorure de méthyle liquéfié. On trempe alors dans le liquide lui-même, soit un tampon, comme ceux qui précèdent, soit un pinceau, quand il y a lieu d'agir sur un point très limité.

Lorsqu'au lieu de la peau on veut porter l'anesthésie ou la révulsion sur une muqueuse, on protège celle-ci par un morceau de baudruche.

Ce nouveau mode d'emploi du chlorure de méthyle a été essayé par nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux, entre autres MM. Bouchard, Besnier, Vidal, Labbé, Périer, Polaillon, etc., qui tous en vantent les avantages. On peut ainsi, mieux que par aucun autre moyen, rendre insensibles un grand nombre de petites opérations et calmer promptement des douleurs locales superficielles ou profondes, comme celles qui accompagnent le cancer utérin.

— La toxicité d'un médicament est le plus souvent la contrepartie de son action thérapeutique et en restreint quelques fois l'emploi. Tel n'est pas, d'après les recherches communiquées par M. Gaucher à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, le cas de l'acide borique, si souvent employé en chirurgie, et dont il faudrait une dose quotidienne de 75 grammes pendant

dix jours pour empoisonner un homme. Aussi M. Gaucher propose-t-il d'étendre l'usage de cet agent. Après l'avoir employé avec succès comme topique dans diverses lésions cutanées, entre autres dans des ulcérations tuberculeuses, il l'a prescrit à l'intérieur, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, à des phthisiques, et les résultats qu'il en a obtenus sont des plus encourageants.

Comme l'acide borique s'élimine par les reins et se retrouve dans les urines, il semble rationnel aussi de le prescrire en potion dans certains cas de cystite ; c'est ce qu'a fait M. Gaucher, et les modifications favorables qu'il a notées dans les urines lui ont permis d'épargner aux malades, auxquels il était tout indiqué de faire des injections boriquées dans la vessie, les ennuis, parfois les difficultés et les souffrances du cathétérisme.

L'acide borique présente donc, sur la plupart des autres antiseptiques, l'avantage considérable de pouvoir être largement prescrit *intus* et *extra*, sans crainte de phénomènes d'intoxication.

— L'emploi systématique des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde est revenu à l'ordre du jour devant la SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON et la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. Jamais divergence d'opinions ne fut plus accusée.

A Lyon, la tiédeur d'un disciple de la méthode de Brand, M. Clément, qui proposait, comme « commodité d'application », de substituer l'antipyrine aux bains froids, dont il reconnaissait d'ailleurs toujours la supériorité, a provoqué une véritable levée de boucliers en faveur de la méthode.

A Paris, une communication d'un jeune médecin des hôpitaux, notre excellent collaborateur, M. Juhel-Rénoy, qui a jugé à propos de soumettre à une nouvelle expérimentation la réfrigération systématique et en est devenu un fervent partisan, n'a fait que réveiller les sentiments d'opposition qu'a déjà rencontrés cette méthode de traitement.

Qu'est-ce à dire? La fièvre typhoïde est-elle autre ou se comporte-t-elle différemment à Lyon et à Paris? Il ne saurait évidemment en être ainsi; dès lors, comment des observateurs aussi consciencieux, des cliniciens aussi sagaces, arrivent-ils à des conclusions si opposées? C'est que leur mode de procéder, ou de raisonner, est complètement différent.

A Lyon, la réfrigération systématique, d'abord théorique avec la doctrine de l'hyperthermie, n'a pas tardé à devenir empirique. Les heureux effets de la médication se sont tellement multipliés et lui ont acquis dès lors tant d'adeptes, que les incrédules ou les sceptiques de la première heure ont dû se rendre. Les faits ont triomphé des objections théoriques et, convaincus, non-seulement par les statistiques des autres, mais par leur observation personnelle, les médecins de Lyon sont arrivés, en dehors de toute théorie, *empiriquement* (ils acceptent volontiers le mot), à considérer la réfrigération systématique comme le spécifique de la dothiénentérie, au même titre que le quinquina est le spécifique de la fièvre paludéenne.

A Paris, la théorie n'a cessé de dominer les faits. On se méfie, non sans raison, des systèmes, surtout en thérapeutique. L'idée d'un traitement exclusif, d'un *spécifique* appliqué indifféremment à tous les cas de fièvre typhoïde, a paru plus que hasardée ; de là un scepticisme à peu près général à l'endroit des superbes statistiques venues d'Allemagne ou de Lyon. Quelques-uns cependant ont expérimenté la méthode, mais non dans toute sa rigueur; ils ont fait des sélections parmi les cas soumis à leur observation; ils ont parfois aussi manqué de hardiesse et modifié la formule; ailleurs, les ressources matérielles leur ont fait défaut ou ont été insuffisantes. En un mot, et c'est ce que semble avoir loyalement reconnu M. Féréol, l'expérimentation dans les hôpitaux de Paris a été incomplète. La question dès lors ne pouvait faire un pas en avant.

Mais le scepticisme, parfaitement légitime au début, perdrait son caractère scientifique si, en présence des faits de plus en plus nombreux et confirmatifs observés à Lyon, on ne les soumettait pas à Paris à un nouveau contrôle expérimental. On ne peut donc qu'applaudir à la communication de M. Juhel-Rénoy et souhaiter, avec M. Féréol, que la question soit reprise, en se conformant, dans toute sa rigueur, à la pratique de l'Ecole de Lyon.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

— Le 19 janvier a eu lieu à Rome, en présence du roi et de la reine d'Italie, la cérémonie de la pose solennelle de la première pierre de la POLICLINIQUE HUMBERT I.

Cet Institut, dont l'idée première avait été conçue par le professeur Guido Baccelli, alors qu'il était ministre de l'instruction publique, est destiné à représenter l'*heureuse alliance de la science médicale et de la charité civile*. Les bâtiments, construits sur le plan de l'architecte Podesti, s'élèveront en dehors de la Porte Pia. Le professeur Baccelli a prononcé à l'occasion de cette cérémonie un éloquent discours au Roi, dont le texte a été publié dans la RÉFORME MÉDICALE du lendemain.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE. — Questions proposées par le Comité d'organisation :

I. Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.

II. Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.

III. Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. — Mesures prophylactiques.

IV. Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme.

IV *bis*. Diagnostic précoce de la tuberculose chez les animaux.

Questions laissées au choix des membres du Congrès.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le Comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales.

Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement.

Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé.

Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces animales.

Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasites animaux ou à des corps étrangers.

Des lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes.

Mode de formation des cellules géantes et des îlots tuberculeux.

Evolution des tuberculoses locales.

Des agents destructeurs des bacilles de Koch.

Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.

Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

R. F. D.

NOUVELLES

INAUGURATION DU MONUMENT FUNÉRAIRE ET DU BUSTE ÉLEVÉS A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR JULES BÉCLARD. — Cette inauguration est fixée au jeudi, 9 février prochain, anniversaire de la mort du regretté professeur et doyen de la Faculté.

Les personnes qui, par une omission involontaire, n'auraient pas reçu de lettre d'invitation, sont priées de considérer comme telle le présent avis.

Le rendez-vous est au cimetière du Père-Lachaise, à 1 h. 1/2 précise.

— M. le docteur Fournel, médecin du bureau de bienfaisance, commencera un cours complet d'obstétrique avec manœuvres, le lundi 6 février, à 5 heures et le continuera tous les jours. On s'inscrit rue Suger, 4.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 JANVIER 1888

Fièvre typhoïde 23.— Variole 12.— Rougeole 14.— Scarlatine 6. — Coqueluche 13.— Diphtérie, croup, 47 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 191.— Autres tuberculoses 29. — Tumeurs : Cancéreuses 46. — Autres 8. — Méningite 39. — Congestion et hémorr. cérébr. 58. — Paralysie 4. — Ramollissement cérébral 6.— Maladies organiques du cœur 58.— Bronchite aiguë 42. — Bronchite chronique 59. — Broncho-pneumonie 32.— Pneumonie 104.— Gastro-entérite : Sein 13. — Biberon 24. — Autres 2. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 35. — Sénilité 39. — Suicides 10. — Autres morts violentes 17. — Autres causes de mort 209. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 1153 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. Bouchard (de Bordeaux). Tome Ier, fascicule 2. — Affections chirurgicales des appareils et des systèmes ; avec la collaboration de MM. les professeurs Viault et Demons, de MM. les professeurs agrégés Planteau, Piechaud et Maurice Denucé, de la Faculté de Bordeaux. Un vol. gr. in-8 de 370 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr.; le tome Ier (complet), 12 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Formulaire des nouveaux remèdes (deuxième année, 1887), par MM. Bardet et Egasse. Un volume in-18 de 350 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 6 11 FÉVRIER 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 52, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

SUR UN CAS D'URÉMIE GASTRO-INTESTINALE. — Leçon clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui, messieurs, du malade couché au n° 24, entré dans le service le 18 janvier.

C'est un homme de 38 ans ; à son arrivée, il était très pâle, amaigri; il tousse et déclare que cette toux a commencé au moment où sa santé s'est altérée.

En voyant cet homme, on pense avoir affaire à un tuberculeux à une période avancée. Eh bien, messieurs, l'examen ne confirme qu'incomplètement cette supposition. Le malade présente des signes de tuberculose pulmonaire, mais de tuberculose à la période initiale, les signes physiques sont peu prononcés. En avant, la percussion n'accuse rien de notable, et non plus l'auscultation. En arrière, on trouve de la submatite dans la fosse sus-épineuse droite, assez marquée pour n'avoir pas besoin de l'établir par comparaison avec l'autre côté. Au-dessous de l'omoplate, des deux côtés, submatité; les vibrations vocales sont un peu exagérées.

L'auscultation à droite montre une respiration un peu rude; un peu de souffle à droite et à gauche, mais plus appréciable à droite. Dans les grandes inspirations, on entend à droite quelques petits craquements rares, mais positifs.

C'est tout. Le diagnostic d'impression est juste dans sa partie fondamentale, mais la détérioration du malade n'est pas en rapport avec les lésions, elle est beaucoup plus considérable, car elle va jusqu'au marasme.

Il y a donc une autre cause en jeu.

Il convient de fixer la date du début de la tuberculose pulmonaire : le malade tousse depuis le mois d'août 1887, la maladie a marché lentement. A peu près en même temps que la toux, il a été tourmenté par des vomissements répétés et de la diarrhée ; ces vomissements n'étaient pas en rapport avec les quintes de toux, ils n'ont pas été continus ainsi que la diarrhée et ont procédé par périodes. La diarrhée était de 8 à 10 selles en 24 heures, elle n'était donc pas médiocre.

Etant donné cela, quelles conclusions en tirer ? Il faut penser à l'existence de la tuberculose abdominale ; l'affection des poumons n'a été qu'une manifestation fragmentée ; de là le grand amaigrissement, la grande détérioration, que n'aurait pas pu faire seule la lésion pulmonaire.

Les nuances dans le vomissement et la diarrhée doivent faire songer à des symptômes d'urémie : voilà une des intérêts réels de cette observation ; ces symptômes, par leur association et leurs caractères propres, affirment l'urémie.

J'ai déjà montré vingt fois que l'urémie n'a pas toujours un cortège de symptômes nerveux ; en voilà un nouvel exemple. Les vomissements et la diarrhée toujours associés, c'est là

FEUILLETON

ÉLOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Suite. — Voir les numéros 53 (1887) et 1 et 5.

Quels qu'aient été, depuis la découverte de M. Bouillaud et de M. Broca, et quels que puissent être dans l'avenir les résultats de recherches ayant pour but de déterminer l'existence dans le cerveau de foyers spéciaux présidant à autant de fonctions spéciales, il faudrait bien se garder d'en conclure à la réalité du système de Gall ; M. Bouillaud s'en était toujours énergiquement défendu, estimant qu'il y aura toujours entre ces faits et ceux que Gall avait eu la prétention d'établir, un abime infranchissable, parce que les sillons et les saillies plus ou moins prononcés des circonvolutions cérébrales ne peuvent se traduire à l'extérieur de la boite crânienne par des inégalités correspondantes.

Lorsqu'en 1825, M. Bouillaud lut devant l'Académie son mémoire sur l'organe législateur de la parole, son premier travail sur la pathogénie de certaines hydropisies, ses recherches sur l'inflammation des veines, son traité des fièvres essentielles, et enfin son traité de l'encéphalite, lui avaient déjà valu dans le monde médical une notoriété assez grande et assez amplement justifiée pour que, dès l'année suivante, l'Académie s'empressât de l'admettre dans son sein ; il avait alors 30 ans et venait d'être nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ainsi, en moins de douze ans, car le travail si troublé, si incomplet des années 1814 et 1815, ne peut guère compter, M. Bouillaud avait publié de nombreux mémoires, dont quelques-uns auraient déjà suffi pour assurer son nom contre l'oubli, et, en prenant place à l'Académie, au milieu de l'élite des médecins de l'époque, il avait atteint, bien jeune encore, un but auquel on n'arrive généralement qu'à un âge plus avancé. Mais il pouvait jouir pleinement de cet éclatant et rapide succès, car il ne l'avait obtenu qu'en mettant au service d'une intelligence supérieure un travail opiniâtre et, surtout cette persévérance qui est la marque la plus sûre du génie.

le type parfait de la forme gastro-intestinale de l'urémie de longue durée, sur laquelle je reviendrai.

Avant d'examiner l'urine, continuons nos investigations. Le malade a-t-il de la néphrite interstitielle?

En poussant nos qnestions, il finit par nous dire qne, avant la bronchite, pendant 6 mois, il était fréqnemment enflé le matin sur les paupières et une partie de la face. Il attribuait cela à la fatigue et n'y a pas fait attention. Songez quelle valeur ce fait a pour nous!

On apprend encore, symptôme plus banal, qu'il a en des douleurs de reins pendant cette même période.

Ce malade est, depuis nn an an moins, sous le conp d'une néphrite interstitielle. L'examen de l'nrine confirme le diagnostic.

Il est depuis cinq jours en traitement, et l'altération de l'nrine ne se modifie pas. L'urine est extrêmement rare :

Le 20 janvier..........	320 grammes.
Le 21 »	390 »
Le 22 »	525 »
Le 23 »	400 »

Je suis persuadé qu'il y en aura encore moins aujourd'hui.

Cette rareté persistante a un caractère de gravité ; on peut avoir l'urine rare, mais si elle continue à l'être avec le traitement, c'est un fait de très haute gravité.

L'nrine est trouble, rouge, à l'œil on croirait voir du sang, et en effet le microscope montre qu'il y en a.

La densité présente une particularité intéressante, mais inquiétante. Les deux premiers jours, elle était de 1022 et 1020, densité pas assez forte, qui démontre que la composition doit être bien au-dessous de la normale. Le lendemain, 1016, et hier 1010, avec 400 gr. d'urine en 24 heures, c'est-à-dire densité plus faible avec plus d'urine.

Cette situation crée un danger immédiat. L'examen des éléments des urines prouve encore cette gravité, et démontre l'utilité de l'emploi du densimètre.

Le premier jour on trouve 8 gr. 07 d'urée pour 24 heures ; le second jour, 9 gr. 49. Ce n'est pas le tiers de la quantité normale.

Le troisième jour, 10 gr. 08 ; enfin, pour la journée des 400 gr. d'urine, il y a 4 gr. 63 d'urée.

Lee chlorures sont très diminués, entre 2 et 3 gr., la moyenne normale étant de 11 gr.

L'albumine est en faible qnantité, 1 gr. 86 pour vingt-quatre heures ; cette proportion a varié, et le minimum a été de 0 gr. 75.

La considération de ce dernier élément faiblit devant les autres altérations. Nons avons donc la confirmation absolue du diagnostic ; cet homme est atteint de néphrite depuis un an, néphrite qui n'a pas été gênante pendant eix à sept mois, puis s'est déclarée la bronchite, et la néphrite s'est révélée par les vomissements et la diarrhée. Si, au début, il avait eu des accidents nerveux et dyspnéiques, il serait mort, et c'est la forme de sa néphrite qni lui a permis de vivre.

Il fant ajonter qne, depuis quelques jonrs, anx vomissements et à la diarrhée se joint de la dyspnée. Depuis l'entrée du malade dans le service, nous n'avons rien gagné ; le premier jour, les vomissements cessèrent, la diarrhée persistant, puis ile reprirent avec matières alimentaires et mucosités.

Hier, il a eu trois selles, très abondantes ; cette diminution n'est pas inquiétante, parce que les selles étaient copieuses ; mais ; si la diarrhée venait à cesser, je m'empresserais de la rappeler.

La fatigue du malade a augmenté ; ce matin, il y avait dans son attitude quelque chose qui indiquait de l'obnubilation cérébrale ; il pourrait se développer des accidents d'ordre cérébral.

J'appelle votre attention sur la durée de cette urémie ; c'est la forme qu'elle a revêtne qui a permis une durée aussi longue. C'est une erreur de croire que l'urémie est toujonrs rapide ; cela n'est vrai que pour l'urémie aiguë. Maie je ne puis m'empêcher de lui opposer l'urémie lente, qui constitue un gronpe dont il faut tenir compte.

Il y a encore une urémie, non seulement aiguë et lente, mais chronique, dont la durée peut dépasser plusieure mois, évoluant par périodes en rapport avec les altérations de l'urine. L'urémie chronique n'est jamais plus chronique que quand elle revêt la forme gastro-intestinale ; c'est la seule modalité qui permette une durée aussi longue. N'oubliez pas cela.

Ponrquoi cet homme a-t-il eu une néphrite ? Elle a précédé la bronchite ; pouvons-nous dire que c'est une néphrite tuberculeuse ? Nous manquons d'éléments pour répondre ; il n'y a pas de bacilles dans les urines, il y a des cylindres granuleux.

La nature de ses premiers travaux, ses recherches expérimentales, enfin ses tendances doctrinales, tout avait concouru à lui faire pousser très loin son étude de la physiologie ; aussi crut-il, en 1831, pouvoir tenter, pour la chaire où devait être enseignée cette science, les chances du concours rétabli depuis 1830.

Il échoua ; mais, la même année, il prit une éclatante revanche en obtenant, à la suite d'un autre concours, la chaire de clinique médicale.

Cette nomination, qu'avait précédée de bien peu celle de médecin des hôpitaux, fut pour M. Bouillaud un véritable triomphe. Le corps médical, qui avait salué avec joie le rétablissement du concours supprimé par la Restauration, se passionnait pour ces luttes émouvantes, et celle qui devait se terminer par la nomination de M. Bouillaud avait particulièrement surexcité les esprits, parce que ce n'était un secret pour personne que toutes les sympathies du jury étaient acquises à un autre candidat. Aussi, lorsque le public réuni dans la cour et sur la place de l'École apprit le succès de M. Bouilland, l'enthousiasme éclata de toutes parts, l'heureux vainqueur fut acclamé par la foule des étudiants qui l'attendait à la sortie de l'amphithéâtre ; on dit même qu'il fut enlevé sur les bras et porté en triomphe, et ce triomphe, M. Bouillaud a pu le trouver gênant dans la forme ; mais il avait le droit d'en être fier, car il le devait à son seul mérite.

Quelques années plus tard, au début de mes études, j'ai été témoin de scènes analogues, et leur souvenir réveille en moi quelques-unes des impressions les plus vives de ma jeunesse. Ces manifestations me paraissaient être comme la consécration du verdict du jury ; elles en ont été aussi parfois la condamnation ; mais, dans un cas comme dans l'autre, elles témoignaient au moins, dans la jeunesse d'alors, d'un enthousiasme qui existe peut-être encore aujourd'hui, mais dont le mode actuel de nomination des professeurs n'est pas fait pour provoquer l'explosion. Trois lignes du JOURNAL OFFICIEL annoncent que la présentation de la Faculté et du Conseil académique a été ratifiée par le grand maître de l'Université, et tout est dit ; on ne porte plus en triomphe l'heureux élu, mais on lui offre un banquet. Et je dois à la vérité de reconnaître que ce genre de manifestation n'était guère à la portée des étudiants de ce temps.

Le mode de nomination adopté depuis 1862, c'est-à-dire depuis

Cet homme a eu une variole grave, il a été atteint pendant trois ans d'affection paludéenne, il a eu deux érysipèles; toutes ces maladies sont capables de frapper les reins.

Nous avons agi avec énergie dans le traitement, et nous sommes inquiets de n'en avoir pas abtenu de résultats. Le malade a été mis an régime lacté obsolu, quatre litres par vingt-quatre heures; on lui a donné, dans le même temps, soixante litres d'oxygène.

Il présente un phénomène particuliérement inquiétant, un affaiblissement du cœur. Je lui ai donné de la caféine, 1 gr. et 1 gr. 50, le cœur s'est un peu remonté, mais cela n'a pas duré. J'ai donné 60 centigr. d'infusion de feuilles de digitale; je n'ai pas le droit de faire une émission sanguine, le malade est trop anémié, et le sang ne coulerait pas, comme cela a en lieu chez une malade de nos salles.

Le traitement devrait an moins agir sur la quantité d'urines, mais les reins sont imperméables; il y a eu une poussée sur les reins et obstruction consécutive. Nous avons eu même chose chez un enfant scarlatineux, et nous avons fini par gagner.

Cette imperméabilité est la cause de cette situation; elle peut disparaître du jour an lendemain, je l'ai vue durer une semaine. Mais il est à craindre que, si elle dure encore quarante-huit heures, le malade ne succombe.

Tel est, messieurs, le cas très intéressant dont je voulais vous entretenir.

CHIRURGIE PRATIQUE

GREFFES ZOOPLASTIQUES. — GREFFES AVEC LA PEAU DE POULET, par P. RENARD, chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine. — Communication faite à la Société de Biologie, séance du 4 février 1888.

Les greffes animales, jadis étudiées par Czerny (de Vienne), Coze (de Strasbourg), Follet, Houzé de l'Aulnoit, avaient été presque généralement abandonnées dans la pratique chirurgicale.

Aujourd'hui, une réaction semble se faire en leur faveur, et Petersen, Baratoux, Dubousquet-Laborderie, ont fait voir la possibilité de combler des pertes de substance considérables par des transplantations de peau de grenouille. Assaky, Fargin, Monod, Peyrot, ont obtenu des résultats heureux de greffes de tendons sur des animaux d'espèces différentes.

Nous venons d'obtenir de beaux résultats de greffes, pratiquées avec de la peau de poulet, et nous croyons utile de signaler ces résultats, qui intéressent à la fois la physiologie et la chirurgie, à la Société de biologie.

Dans nos recherches, nous n'avons trouvé aucune observation de greffe de peau d'oiseau sur une plaie humaine, dans le but de hâter la cicatrisation et la réparation. Wiesmann a transplanté deux fois de la peau de pigeon à pigeon avec succès; trois fois de la peau de poulet à poulet, avec deux adhérences et un insuccès. Diffenbach dit avoir pratiqué avec de bons résultats un très grand nombre de greffes chez les oiseaux. G. Martin rapporte dans sa thèse des résultats heureux d'expériences de transplantation de peau de canard et de pigeon sur des animaux de même espèce.

Dans des cas de plaies étendues, nous avons obtenu une régénération rapide, grâce à des greffes avec de la peau de poulet. Nous insistons surtout sur un cas de brûlure profonde de presque tout le cuir chevelu et datant de huit mois, chez un jeune enfant de 2 ans.

Aucune réparation ne s'était faite pendant cette période, la suppuration très abondante affaiblissait le sujet et menaçait sa vie.

Les greffes avec la peau de grenouille ne donnant pas de résultats rapides, nous fîmes des greffes avec de la peau de poulet et en *deux mois* nous obtînmes une régénération de la peau de 7 centimètres (dans le sens antéro-postérieur) du crâne, sur 8 centimètres (dans le sens transversal).

Dans d'autres observations, nous avons obtenu de semblables résultats.

Nous pensons donc que les greffes avec des peaux d'oiseaux et particulièrement des peaux de poulet, sont à recommander. La peau de poulet est souple, fine, vasculaire, elle s'étale bien sur les surfaces, elle adhère, *sans se résorber*, donnant des îlots épidermiques importants qui, en se développant et s'étendant, forment des tissus nouveaux, souples et différents des tissus ordinaires de cicatrice.

Nous étudierons, dans un prochain travail, les modifications histologiques des peaux d'oiseaux greffées, recherchant la

---

le commencement du second Empire et qui lui a survécu sous la République, est-il un véritable progrès? Beaucoup de bons esprits le pensent et trouvent même au principe du concours des vices si nombreux qu'ils voudraient le supprimer, aussi bien pour les fonctions de médecin et de chirurgien des hôpitaux que pour le professorat.

Pour moi, je déclare que, sur cette grave question, mon siége est fait. Je suis partisan du concours pour tous les degrés de la hiérarchie médicale, parce qu'il me paraît être le mode de recrutement le moins imparfait, celui qui offre le plus de garanties de l'excellence des choix, celui qui met le plus sûrement à l'abri des compromissions suspectes les candidats sérieux et d'une incontestable valeur.

Je ne méconnais pas l'importance des arguments que font valoir les adversaires du concours et je n'ai qu'à porter les yeux autour de moi, dans cette enceinte, pour reconnaître que les choix de la Faculté paraissent en ce moment leur donner raison. Mais qui peut répondre qu'elle sera toujours aussi bien inspirée? Qui peut répondre qu'elle aura toujours son entière liberté d'action? D'ailleurs une question de principe ne peut être subordonnée à une question de personnes et je reste fidèle à la foi de ma jeunesse dans la supériorité du concours, parce que, aujourd'hui comme alors, je préfère les jugements précédés de la lutte au grand jour, aux jugements à huis clos.

Ce qu'en tout cas, personne ne pourrait contester, c'est que l'immense succès de l'enseignement de M. Bouillaud justifia complètement le verdict du jury, si hautement confirmé par l'opinion unanime du monde médical. Elèves et docteurs se pressaient en foule à l'amphithéâtre de la Pitié, puis plus tard à celui de la Charité, avides d'entendre le jeune professeur dont les leçons venaient donner un nouvel éclat à cet enseignement clinique de la Faculté et des hôpitaux, qui était né en France et y avait atteint, depuis quelques années, une supériorité reconnue par l'Europe médicale tout entière.

A une méthode parfaite dans l'examen des malades, à la précision, à l'honnêteté la plus scrupuleuse dans l'exposé des faits, enfin à une rare sagacité dans l'analyse et l'explication des phénomènes morbides, M. Bouillaud ajoutait encore le charme d'une parole facile, élégante, toujours sûre d'elle-même, bien faite pour tenir constamment éveillée l'attention des auditeurs, sans compromettre

théorie des phénomènes de réparation observés. Les auteurs n'ont donné, jusqu'à ce jour, que des renseignements incomplets sur ce sujet important.

Le manuel opératoire que nous avons employé dans nos greffes est très simple. La peau doit être prise sous l'aile de jeunes poulets; elle ne doit pas être privée de tissu cellulaire et ne pas contenir de graisse. Les lambeaux transparents doivent avoir de 1/2 à 1 centimètre.

Les sutures sont inutiles, la peau adhérant très facilement et ne se déplaçant pas. La plaie doit être aseptique et le pansement fait avec une rigueur extrême.

La gaze iodoformée avec une couche de ouate légèrement compressive, nous paraît surtout convenir pour le maintien des greffes.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Diabète insipide. — Dilatation considérable de l'estomac, par Émile Laurent, interne à la prison de la Santé.

C'est une notion courante que les gros mangeurs et les grands buveurs sont fréquemment atteints de dilatation gastrique. La masse des aliments ou des boissons ingérés finit à la longue par forcer la musculature de l'organe par une surcharge toute mécanique. Les fibres musculaires de l'estomac, comme celles du cœur, peuvent suffire à une certaine tâche; mais leur force de contraction est limitée et elles se laissent distendre lorsque le fardeau à soulever est trop considérable.

Nous savons bien qu'il y a lieu de tenir grand compte des altérations simultanées de la muqueuse, des perturbations de sécrétion gastrique entraînant une sorte d'atonie totale de l'organe, et cela particulièrement dans un certain nombre d'états diathésiques sur lesquels M. le professeur Bouchard a appelé l'attention. Mais, dans l'observation que nous publions ci-dessous, l'influence mécanique seule nous a paru dominante.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans que nous avons observé avec M. le docteur Variot à l'infirmerie centrale des prisons de Paris. Ce malade est atteint depuis deux ans environ d'une polyurie considérable: il urine en moyenne cinq ou six litres par jour; il les boit par conséquent. Son appétit est également augmenté. Il ne nous paraît guère douteux que sa dilatation gastrique ne soit secondaire à la polydipsie. Nous ne croyons pas que jusqu'à présent la polyurie et la polydipsie aient été considérées comme des conséquences de la dilatation de l'estomac.

Observation. — Georges Vy..., âgé de 19 ans, saltimbanque, condamné pour la troisième fois pour coups et blessures, entre à l'infirmerie centrale des prisons, dans le service du docteur Variot, le 26 novembre 1887.

Comme antécédents héréditaires, nous notons que son père est mort de tuberculose pulmonaire. Sa mère est morte subitement; mais il ne sait pas de quoi. Il a deux frères bien portants.

D'une assez bonne santé pendant son enfance, Georges Vy... a commencé dès l'âge de 14 ans à apprendre le métier de saltimbanque, à jongler et à parader dans les fêtes foraines. Il avoue franchement avoir commis de très bonne heure des excès *in Baccho et Venere*.

Il y a dix-huit mois, il a déjà été traité à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Baumetz, pour des accidents analogues à ceux qui l'amènent à l'infirmerie centrale. On le considéra, paraît-il, comme diabétique et on diagnostiqua chez lui une dilatation de l'estomac qu'on traita par les lavages.

A son entrée dans le service du docteur Variot, ce malade a un facies assez satisfaisant. Il n'est point amaigri. Il se plaint d'une douleur dans le côté droit de la poitrine, de palpitations; il est très incommodé par la soif et les envies fréquentes d'uriner. Son appétit est notablement exagéré.

L'examen physique des organes donne les résultats suivants:

La conformation thoracique est bonne (cet homme est d'une taille élevée). Mais on constate au sommet droit en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, un peu de diminution de la sonorité, d'affaiblissement du murmure vésiculaire et de retentissement de la voix. Pas d'expectoration.

Le pouls est régulier, un peu bondissant. Les bruits du cœur sont normaux.

L'abdomen est volumineux sans que le pannicule adipeux soit très développé. Au-dessous des fausses côtes gauches et presque à l'ombilic, il existe une saillie très manifeste du ventre. Par la palpation et la percussion, on s'assure que cette dilatation abdominale est due à un météorisme généralisé. Par la succussion, on entend un clapotement très net. Par la percussion, on arrive à délimiter l'estomac qui descend par sa grande courbure à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic.

La langue est nette. La portion alimentaire ne suffit pas au ma-

---

en rien la rigueur scientifique de l'enseignement qui leur était donné.

Cette parole si bien timbrée, vibrante et en même temps pleine de douceur, nous l'entendions encore, il y a quelques années à peine, et elle nous charmait comme elle avait charmé tant de générations médicales.

M. Bouillaud consacrait à sa clinique la meilleure part de son temps, mais il n'en poursuivait pas avec moins d'ardeur ses recherches et ses travaux.

L'indication du siége de la faculté du langage articulé avait l'intérêt scientifique que présente toute idée nouvelle et vraie; elle avait en outre le mérite d'ouvrir un sillon qui, depuis, a été fructueusement creusé; mais, tout d'abord, il avait semblé que cette donnée nouvelle ne pourrait conduire qu'à des indications pratiques assez restreintes. Le parti que la chirurgie contemporaine, si habile et si heureuse dans ses audaces, a su déjà en tirer pour le diagnostic et le traitement de certaines blessures du crâne, est venu montrer que la découverte de M. Bouillaud n'intéressait pas seulement l'étude de la physiologie du cerveau.

Toutefois, bien autrement féconds en déductions pratiques, devaient être les résultats d'une nouvelle découverte de M. Bouillaud, je veux parler de ce qu'il a justement appelé *la loi de coïncidence entre le rhumatisme articulaire aigu, fébrile, et l'inflammation du péricarde et de l'endocarde*, c'est-à-dire de la membrane qui enveloppe le cœur et de celle qui tapisse ses cavités.

Au cours des recherches qu'il poursuivait depuis plusieurs années pour recueillir les éléments d'un Traité des maladies du cœur, M. Bouillaud, en auscultant cet organe chez tous les malades de son service, avait constaté chez un certain nombre de rhumatisants qui, avant l'apparition de leur maladie, n'avaient éprouvé aucun trouble fonctionnel du cœur, l'existence d'un bruit de souffle plus ou moins prononcé à la période aiguë et persistant après la guérison complète, et il n'avait pas tardé à se convaincre que ce bruit était un signe certain de l'inflammation, soit du péricarde, soit de l'endocarde.

Enoncer un pareil fait, c'était rattacher cette inflammation et le rhumatisme articulaire à un même processus morbide en l'expliquant par l'identité de nature des tissus atteints; c'était, du même coup, remplacer la théorie nuageuse des métastases par une théorie

lade ; il a un supplément de pain et de viande. Il absorbe cinq à six litres de boisson dans les vingt-quatre heures. Aucun phénomène douloureux du tube digestif : les digestions s'effectuent bien.

Le foie déborde les fausses côtes droites de deux travers de doigts.

Les urines sont claires, limpides, abondantes (cinq à six litres dans les vingt-quatre heures), et ne contiennent ni sucre ni albumine. M. J. Laborde, pharmacien à la Santé, a fait le dosage de l'urée : il en a trouvé 15 grammes par litre.

Pendant son séjour à l'infirmerie centrale, du 26 novembre 1887 au 5 janvier 1888, l'état de ce malade ne s'est pas modifié. On a fait quelques lavages de l'estomac à l'aide du tube de Faucher. La tolérance de l'estomac est assez remarquable ; il a fallu injecter jusqu'à deux litres un quart d'eau de Vichy artificielle pour amener des régurgitations et des vomissements.

Conclusion.— Il nous paraît manifeste que chez cet homme, la dilatation gastrique constatée déjà par M. Dujardin-Beaumetz, est d'ordre mécanique. Peut-être pourrait-on supposer que l'atonie gastrique se rattache au trouble nerveux indéterminé qui produit le diabète insipide. Néanmoins l'explication par la surcharge mécanique de la musculature de l'estomac nous paraît plus simple et plus satisfaisante.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

I. SUR L'ADMINISTRATION INTERNE DE L'ICHTHYOL, par le professeur NUSSBAUM, de Munich (*Therapeutische Monatshefte*, 1886, n° 1, p. 15). — II. COMMUNICATION PRÉALABLE SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LA CRÉOSOTE EN INJECTIONS PARENCHYMATEUSES, par le docteur ROSENBUSCH (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, n° 4, p. 67). — III. SUBSTITUTION DU GAÏACOL A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE, DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTISIE, par le docteur SAHLI, de Berne (*Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte*, 1887, n° 20). — IV. SUR LE TRAITEMENT DES PROCESSUS TUBERCULEUX PAR LE GAÏACOL, par le professeur MAX SCHÜLLER, de Berlin (*Wiener medic. Presse*, 1887, n° 50, p. 1708).—V. SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE ET LE DOSAGE DU FER, par le professeur HUGO SCHULZ (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, n° 1, p. 11).

I. Dans une note substantielle, M. NUSSBAUM s'attache à préciser les indications thérapeutiques de l'emploi de l'ichthyol, en même temps qu'il fait connaître succinctement les résultats qu'il a obtenus en prescrivant ce médicament à l'intérieur.

Depuis tantôt cinq ans que l'ichthyol a fait son entrée dans le monde de la thérapeutique, on l'a préconisé contre toutes sortes de maladies de peau et contre d'autres affections qui ne sont pas du ressort immédiat de la dermatologie. Il y a eu, à cet égard, une exagération d'enthousiasme, appelée à nuire à la juste réputation du nouveau médicament. M. Nussbaum pose en fait que toutes les maladies et tous les accidents morbides qu'on a traités avec succès par l'ichthyol, administré *intus aud extra*, s'accompagnaient d'une hyperémie locale avec distension des capillaires, et il ajoute que l'expérience qu'il a faite de ce médicament lui laisse la conviction d'un effet vaso-constrictif opéré par l'ichthyol dans les points où cet agent vient en contact avec les capillaires distendus.

D'où il résulte que les indications de l'emploi de l'ichthyol ne s'adressent pas à certaines affections, cutanées ou autres, mais à une certaine manière d'être d'états morbides d'espèces très variées, à un élément congestif en rapport évident avec une distension vasculaire locale. Ainsi s'explique l'efficacité de l'ichthyol contre des états pathologiques très dissemblables — dermatoses congestives, rougeur du nez, arthralgies goutteuses, fongueuses ; névralgies sciatiques et autres ; accidents pseudo-asthmatiques, troubles digestifs—; s'explique de même, l'inefficacité de l'ichthyol quand le médicament est administré contre ces mêmes états pathologiques, alors que l'élément congestif, la distension vasculaire locale fait défaut. Lorsqu'une névralgie qui a son siège dans le bassin, une sciatique sont sous la dépendance d'une affection marasmatique, c'est tout au plus si un traitement par l'ichthyol procurera une légère amélioration ; au contraire l'action curative de la médication se manifestera d'une façon surprenante dans les cas de douleurs osseuses, articulaires, musculaires, coïncidant avec de la rougeur et du gonflement local.

Cela posé, M. Nussbaum, après avoir mentionné incidemment les bons résultats qu'il a retirés de l'emploi topique de l'ichthyol pour combattre les douleurs paroxysmales de la goutte (applications locales d'une pommade à l'ichthyol), les eczémas que font éclore les bandages compressifs, et dans le

basée sur l'anatomie générale et sur l'observation rigoureuse des faits.

Dès son apparition, la loi de coïncidence fut l'objet des plus vives critiques : c'est le sort réservé à toute idée nouvelle.

A quelques écrivains qui n'avaient pas craint d'avancer que l'endo-péricardite n'existait que dans l'imagination de l'auteur, M. Bouillaud ne daigna pas répondre ; mais des hommes d'une valeur réelle et dont l'opinion méritait qu'on la discutât, prétendirent que les complications constatées par M. Bouillaud n'étaient pas de nature inflammatoire, et qu'elles dépendaient uniquement d'une constitution médicale régnante. A cette attaque, présentée sous une forme trop agressive pour qu'on ne devinât pas sous la signature de M. Chomel, d'ordinaire si courtois et si réservé, la plume d'un agrégé bien connu pour sa verve sarcastique, M. Bouillaud répondit avec une vivacité qu'excusait la vivacité de l'attaque et assez finement pour mettre les rieurs de son côté, sans se départir toutefois de l'urbanité dont il s'était fait une règle invariable dans les polémiques de presse, comme dans les discussions académiques.

(A suivre.)

— Par décret, en date du 7 février 1888, M. Arnould, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Vadrènes, placé dans la section de réserve. — A été maintenu dans ses fonctions actuelles, par application de la décision ministérielle du 16 octobre 1884.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 12 février prochain, à 9 heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. les docteurs Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 13 février, à 4 heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare, ou à M. Berthod, 17, place de la République.

traitement des arthrites fongueuses du genou, donne quelques renseignements sur l'administration interne de cette même substance.

On trouve, dans le commerce de la droguerie, des pilules contenant chacune 0 gr. 1 d'ichthyol. M. Nussbaum prescrit, quand il y a lieu, de 4 à 10 de ces pilules par jour, à prendre en deux fois (matin et soir). Au besoin, quand l'effet recherché se fait attendre, la dose est portée à 12 pilules par prise. La médication sera suspendue sitôt que sera atteint le résultat thérapeutique; on reprendra le traitement en cas de récidive, et alors il faut d'emblée revenir aux fortes doses. La médication n'a jamais produit d'effets fâcheux, sauf, chez l'un ou l'autre malade, une sensation de pesanteur à l'épigastre. Quelquefois aussi, les malades soumis à ce traitement se sont plaints au début de l'odeur désagréable des éructations provoquées par l'ingestion des pilules d'ichthyol. M. Nussbaum, dans un but d'expérimentation, a ingéré jusqu'à 50 pilules (5 grammes d'ichthyol) par jour, sans en être incommodé. Il prévient, en terminant, que si l'ichthyol employé dans les circonstances appropriées est un agent anti-eczémateux très efficace, il provoque, d'autre part, des eczémas médicamenteux chez certains sujets.

II. M. L. Rosenbusch fait savoir qu'à l'hôpital général de Lemberg, dans le service de M. O. Widmann, on a, dans ces derniers temps, traité la tuberculose pulmonaire par des injections parenchymateuses de créosote en suspension dans de l'huile (dans la proportion de 3 0/0). Cette médication a donné des résultats tellement favorables que M. Rosenbusch n'a pas cru devoir les taire plus longtemps. L'auteur se réserve de revenir plus en détails sur ces expériences. Pour l'instant, il s'est borné à ajouter que sous l'influence de ces injections, répétées à des intervalles de deux ou trois jours, la toux se calme, si elle n'est pas complètement supprimée, que la sécrétion bronchique perd de son abondance et se tarit, que la température fébrile s'abaisse. Comme lieu d'injection, on choisissait de préférence le deuxième espace intercostal et la fosse sus-épineuse; on n'a employé que de la créosote végétale.

Tôt ou tard, les faits nous diront ce qu'il y a d'exagéré dans cet enthousiasme de la première heure.

III. Constatons qu'après avoir été successivement prôné, puis plus ou moins décrié en France, le traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote a trouvé un regain de faveur auprès de certains cliniciens allemands. Au sujet de quoi, M. Sahli, de Berne, a fait valoir les avantages qu'il pouvait y avoir à substituer à une préparation mal définie, telle que la créosote, un de ses éléments composants, doués des mêmes propriétés thérapeutiques. Les principes constituants de la créosote sont au nombre de deux: le gaïacol, méthyléther du brenzcatechin, qui s'y trouve dans la proportion de 60 à 90 /00, et le créosol (homobrenzcatechinmonométhylether). En expérimentant le gaïacol chez des tuberculeux, M. Sahli a pu se convaincre que cette substance produit des effets thérapeutiques semblables à ceux que Fraentzel et Sommerbrodt affirment avoir obtenus avec la créosote. Il en est arrivé ainsi à préconiser la substitution du gaïacol à la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Le gaïacol se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, très réfringeant, qui entre en ébullition à 200°, peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, dans l'éther et dans les huiles essentielles. Traités par le perchlorure de fer, la solution alcoolique prend une teinte verte (émeraude). Le gaïacol a un goût et une odeur plus agréables que la créosote. M. Sahli prescrit le médicament d'après la formule:

Rec. Gaïacol très pur.	1 à 2 grammes.	
Eau distillée.	180	—
Alcool de vin.	20	—

M. s. a. — A conserver dans un verre de couleur.

Dose: Prendre deux ou trois fois par jour, après les repas, la valeur d'une cuillerée à thé à une cuillerée à bouche, dans un verre d'eau.

A fortes doses, le médicament est mieux supporté en suspension dans de l'huile de fois de morue; celle-ci masque presque complètement l'odeur du médicament.

Le prix du gaïacol n'est pas beaucoup plus élevé que celui de la créosote de hêtre.

IV. A propos du travail de M. Sahli, le professeur M. Schüller, de Berlin, annonce que depuis plusieurs années il a recours au gaïacol dans le traitement de la tuberculose, et cela à la suite d'expériences faites sur des animaux préalablement rendus tuberculeux. M. Schüller prescrit: 1° Des inhalations de vapeurs tenant en suspension du gaïacol (25 à 50 gouttes de principe actif pour 1,000 grammes d'eau); 2° pour l'usage interne, un extrait de bois de Gayac fraîchement préparé; 250 grammes de cet extrait servent à la préparation de 100 pilules par jour en trois ou quatre prises. La médication est bien tolérée. Sous l'influence de ce traitement, les malades augmentent de poids; leur état général s'améliore. Les déterminations locales de la tuberculose sont influencées dans un sens favorable.

En passant, l'auteur signale les bons résultats qu'il a retirés de l'emploi des inhalations de gaïacol dans des cas d'ozène.

V. M. Hugo Schulz a fait sur quatre étudiants, ses élèves, des expériences destinées à nous éclairer sur l'action physiologique du fer chez l'homme sain. Voici comment étaient conduites ces expériences: pendant une phase préliminaire de quatre jours, on se bornait à relever, matin et soir, la fréquence du pouls chez les intéressés. Ceux-ci ne modifiaient en rien leur genre de vie habituelle et s'abstenaient de tout excès, cela pendant toute la durée d'une expérience. A partir du cinquième jour, on leur faisait absorber, matin et soir, une dose déterminée d'une solution de sesqui-chlorure de fer à 1/2 0/0, en commençant par quinze gouttes matin et soir pendant le premier septenaire, en continuant par 15 gouttes le matin et 30 gouttes le soir pendant le second septenaire, 30 gouttes matin et soir pendant la troisième et la quatrième semaine. La solution médicamenteuse était diluée dans un peu d'eau. En somme, chacun des sujets en expérience absorbait environ 0 gr. 0525 de substance médicamenteuse dans l'espace d'une première semaine, 0 gr. 1050 pendant la seconde, 0 gr. 1575 pendant la troisième, etc., et environ 0 gr. 473 pendant toute la durée de l'expérience. Or cette dose, inférieure à 1/2 gramme, a suffi pour produire des troubles assez sérieux chez les quatre sujets. Ces troubles se sont déroulés de la façon suivante:

A partir de la fin du premier septenaire, le sujet en expérience éprouvait, après le repas de midi, une légère sensation de pression à l'épigastre, qui persistait environ une heure. Faible constipation.

Au commencement du second septenaire, une compression exercée sur l'épigastre développait de la douleur. Nausées,

anorexie. Agitation, angoisse précordiale, congestion et chaleur à la tête, battements au niveau des carotides, le tout pendant une heure environ, dans l'après-midi. Accélération du pouls (98 au lieu de 69 le matin). Après deux jours de bien-être relatif, un nouvel accès semblable survint le quatorzième jour chez le premier sujet. Pendant toute la durée de ce second septenaire, la flatulence avait persisté; les gaz rendus répandaient une forte odeur d'hydrogène sulfuré.

Pendant le troisième septenaire, plus de douleur à l'épigastre, plus d'accès semblables au précédents; mais le sommeil devenait agité; sueurs profuses, sensation de chaleur et de démangeaison à la peau. Le matin, au réveil, injection des yeux, traces d'une sécrétion exagérée des glandes de Meïbomius. Excitation générale. Eruption d'acné sur le cou et la poitrine. La flatulence persistait; l'appétit et les selles revenaient à l'état normal.

Pendant la quatrième semaine, la conjonctivite s'exaspérait. Les démangeaisons et la sensation de chaleur à la peau troublaient le repos de la nuit. Au milieu des pustules d'acné apparaissaient quelques petits furoncles. Le sujet se sentait plus d'énergie musculaire, il lui semblait que ses membres avaient plus d'élasticité. Le pouls était devenu plus dur et plus plein.

Pendant la cinquième semaine, — le sujet ayant cessé de prendre du fer, — la sensation de pesanteur épigastrique et la douleur à la pression reparaissaient. Abattement général, prostration. Le pouls perdait en fréquence et devenait irrégulier. Dédoublement, toutes les quatre pulsations. La sensation d'abattement allait en se prononçant dans les membres; somnolence et inaptitude au travail. L'un des sujets en expérience a dormi une fois quatorze heures de suite. L'éruption d'acné se dissipait, la conjonctivite persistait. L'endolorissement de l'estomac allait en augmentant; après les repas, regurgitations amères, pendant plusieurs jours consécutifs, fausses faims. Vers la fin de ce cinquième septenaire, attaques d'angoisse et de dypsnée, avec irrégularité et accélération (405) du pouls. Puis les choses sont revenues progressivement à l'état normal.

En somme, pendant la durée de l'expérience, c'est-à-dire jusqu'à ce que fut suspendue l'ingestion du sesqui-chlorure de fer, la fréquence du pouls est allée en augmentant, sans parler des accès angiocardiaques signalés à l'instant. Les accidents notés chez les sujets en expérience ont consisté surtout en congestions locales, en rapport avec un éréthisme vasculaire, et en troubles du côté des organes digestifs, attribuables en partie à une action spécifique du fer sur les glandes de l'appareil digestif.

M. H. Schulz a mis en relief le parallélisme qu'on peut établir entre ces effets pharmacodynamiques du fer et ceux de l'arsenic.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par S. Baudry, professeur à la Faculté de médecine de Lille. — Paris, Adrien Delahaye, 1888. In-8° de 712 pages, 2e fascicule.

Depuis une vingtaine d'années, grâce à la révolution qu'a opérée dans la chirurgie l'avènement de l'antisepsie, grâce aussi aux progrès croissants de l'anatomie pathologique, la pathologie générale chirurgicale a subi de profondes modifications : les livres classiques trop anciens ne répondaient plus aux besoins de la science pratique, et les élèves se trouvaient contraints, sous peine d'ignorer cette branche si importante de la chirurgie, de recourir à des travaux originaux ou aux bulletins des Sociétés savantes.

Déjà M. Terrier avait compris le besoin de combler ce *desideratum* par la publication de deux fascicules, dont nous avons antrefois rendu compte dans ce Journal.

M. Baudry (de Lille), chargé d'un cours de pathologie chirurgicale à Lille, a eu l'heureuse idée d'écrire un volume de pathologie générale dont le premier fascicule a déjà paru il y a quelque temps.

Le deuxième et dernier fascicule qui vient de paraître récemment contient une étude très soignée des plaies et de leurs complications. Nous y trouvons un chapitre sur les plaies cavitaires auxquelles les travaux de M. Verneuil ont donné depuis quelques années une si grande importance.

Suit une longue série de chapitres sur l'influence réciproque des maladies et du traumatisme.

L'auteur a su utiliser très heureusement les documents les plus récents sur cette question et écrire d'une façon claire et intéressante l'histoire de ces influences réciproques.

M. Baudry a étudié ensuite successivement les lésions traumatiques des tissus malades, l'influence des milieux sur les lésions traumatiques, les hémorrhagies, la syncope, etc.

Nous devons encore signaler un chapitre sur l'érysipèle, dans lequel l'auteur s'est inspiré des études microbiologiques les plus récentes et un autre sur le tétanos, dans lequel il fest fait une large place à la théorie pathogénique du professeur Verneuil.

Enfin M. Baudry a ajouté avec raison aux chapitres classiques de la pathologie générale une étude sur les tumeurs en général et les vices de conformation où le lecteur trouvera une série de notions utiles à connaître.

En somme, le livre de M Baudry répond à un véritable besoin. Il est complet, et l'auteur, tout en voulant utiliser les données actuelles de la science, a su lui conserver le caractère que comportaient des « Éléments de pathologie générale chirurgicale ». M. Baudry a bien fait d'écarter les discussions doctrinales qui sont encore pendantes devant les Sociétés savantes, ou tout au moins d'en présenter les parties essentielles sous une forme concise. Nous l'approuvons d'avoir su rester élémentaire : c'est à ce titre que nous croyons l'ouvrage du professeur de Lille susceptible de rendre de grands services aux étudiants et aux praticiens. Nous leur en conseillons vivement la lecture.

De la périostite ostéoplasique des métatarsiens a la suite des marches, par M. Pauzat, médecin-major de deuxième classe (Extrait des *Archives de médecine militaire*, novembre 1887).

Les *Archives de médecine militaire*, collection très intéressante de mémoires originaux dus aux médecins les plus distingués de l'armée, contient dans son numéro de novembre 1887 une étude de M. le docteur Pauzat sur la périostite métatarsienne. J'ai pensé qu'il était utile d'en donner un rapide sommaire aux lecteurs de ce journal.

L'auteur, ayant été attaché aux manœuvres de brigade du

77e de ligne, a eu l'occasion d'observer le premier cette intéressante maladie, qu'il a retrouvée d'ailleurs depuis dans différents postes qu'il a occupé, et en particulier auprès de Nogent-sur-Marne.

M. Pauzat a été frappé de la fréquence des œdèmes de la face dorsale du pied chez des sujets astreints à des marches prolongées. Moi-même j'ai eu l'occasion de faire cette constatation aux consultations du Bureau central, chez des malades ayant fait le voyage de Paris à pied, et bien souvent il m'a été impossible, malgré de minutieuses recherches, de retrouver une excoration quelconque qui pût m'expliquer cet œdème, en apparence lié à l'existence d'une lymphangite. Or, l'auteur a pu revoir ces malades un temps plus ou moins long après la disparition de l'œdème et constater l'existence de périostites au niveau du métatarse.

M. Pauzat a eu raison de rattacher ces œdèmes à l'existence d'une périostite, laissant à sa suite une périostose d'étendue variable. D'ailleurs, dans les huit observations très bien prises que l'auteur a jointes à son travail, il est bien spécifié que l'œdème est toujours localisé au niveau d'un ou de plusieurs métatarsiens. Dans un cas, l'enflure se présentait sous la forme d'une bosselure allongée et exactement superposée au deuxième métatarsien. Le plus fréquemment, c'est le troisième métatarsien qui est le siège de la lésion. Le premier et le cinquième sont en général indemnes. Les périostoses tendent à disparaître après une période variable de un à quatre mois.

L'auteur passe ensuite en revue, dans un bon chapitre de diagnostic, les diverses variétés d'œdème qu'on est susceptible d'observer au niveau du dos du pied.

Au point de vue de la pathogénie, M. Pauzat admet avec raison la pression exercée au niveau de la partie moyenne du dos du pied par la chaussure dure et souvent trop serrée du soldat. Il s'agirait en somme d'une véritable périostite traumatique.

Il est évident que le sabot ou le port de chaussures mal proportionnées aux dimensions du pied peuvent produire le même résultat.

Il s'agit en somme d'une petite affection intéressante à signaler et qui paraît jusqu'alors avoir échappé à l'attention des observateurs. Nous ne saurions trop féliciter notre confrère de l'armée d'avoir attiré notre attention sur ce fait.

PICQUÉ.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE DU RÉTRÉCISSEMENT GÉNÉRALISÉ DES ARTÈRES, par LÉONCE PRIOLEAU. — Thèse de Paris, 1887.

Des faits anatomo-pathologiques antérieurement publiés et de trois faits inédits (un personnel, un dû à M. Dutil, un autre communiqué par M. Schwartz), M. le docteur Prioleau conclut que les rétrécissements étendus des artères peuvent quelquefois se trouver généralisés à tout l'arbre artériel. Ils se caractérisent par une augmentation de la paroi artérielle, le plus souvent sans augmentation de volume de l'artère. Cette augmentation de l'épaisseur de la paroi artérielle serait due à une endartérite étendue, généralisée, avec lésions plus limitées des tuniques moyennes et externes et sans grandes lésions athéromateuses.

La diminution du calibre artériel se traduit par la faiblesse du pouls dans toutes les artères, et par des troubles viscéraux qu'on peut considérer comme constants. S'il n'y a pas de dureté calcaire des artères comme dans l'athérome avancé, il y a des complications plus ou moins éloignées (phlyctènes, ulcères, maux perforants), dont le terme le plus avancé est la gangrène.

F. A. S.

DES FIÈVRES PALUSTRES OBSERVÉES A MADAGASCAR, par F. PALLIER. — Thèse de Paris, 1887.

L'étude de la fièvre intermittente à Madagascar est un sujet de prédilection pour les médecins de marine. Nous avons déjà rendu compte, ici même, des mémoires de M. Loisel sur le traitement des fièvres paludéennes à Sainte-Marie, et de M. Le Goleur sur la pathologie des troupes à Tamatave. Tandis que le premier n'abordait que le côté thérapeutique en insistant sur les bienfaits de l'emploi simultané de la quinine et de l'arsenic, notamment en injections hypodermiques dans les fièvres pernicieuses, le second faisait une incursion dans le domaine nosologique en s'appesantissant sur toutes les affections qui avaient porté sur le corps expéditionnaire. Rien qu'au premier plan, les modalités cliniques de l'intoxication malarique ne nous paraissaient pas avoir été exposées avec suffisamment de clarté. M. Pallier les reprend dans son travail inaugural et comble dans une certaine mesure le *desideratum* exprimé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PNEUMONIE CHEZ LES JEUNES RECRUES, par E. GUILLOT. — Thèse de Paris, 1887.

Observant actuellement une petite épidémie de pneumonies sur des dispensés ou des jeunes soldats ayant à peine un mois de service, nous espérions trouver dans ce travail des éléments du plus vif intérêt. Notre espoir a été déçu, et nous tenons pour maigre la contribution de trois observations apportée par l'auteur. Au surplus, l'une a trait à un second maître de manœuvre ayant assurément un certain temps de service, l'autre à un apprenti gabier incorporé depuis sept mois, la troisième enfin à un apprenti fusilier de deux mois et demi. Exception faite pour ce dernier, les deux précédents ne méritent guère la qualification de jeunes recrues et leur surmenage s'est bien fait attendre. M. Guillot, reniant le pneumocoque, attribue aux excès de fatigue et à la dépression morale l'apparition de leucomaïnes supposées, cause de tout le mal.

DE L'HYGROMA PRÉROTULIEN ET DE SON TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE CALCIUM, par A. FAVARDIN. — Thèses de Paris, 1887.

L'hygroma prérotulien comporte des indications variées. Si l'incision antiseptique convient tout particulièrement aux cas suppurés, il est des circonstances où les injections substitutives et modificatrices entraînent des résultats réellement favorables. Malgré quelques inévitables revers, l'alcool, l'iode, le chlorure de zinc, ont fourni des succès que le chlorure de calcium paraît devoir accroître dans une bien plus large mesure. La technique opératoire présente ceci de particulier qu'il ne faut pas vider la poche. On se borne à extraire une petite quantité de son contenu par l'aiguille de la seringue avant l'injection d'une dizaine de gouttes de solution concentrée. L'exsudat se résorbe sans suppuration ni eschare à la suite de cette intervention absolument inoffensive.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU MEMBRE INFÉRIEUR ET EN PARTICULIER DES FRACTURES DE LA CUISSE A BORD DES BATIMENTS DE L'ETAT, par M. F. NOURY. — Thèse de Paris, 1887.

L'immobilisation des fractures, assez difficile à obtenir à terre, devient un véritable problème à bord des bâtiments. On a à lutter non seulement contre la déviation des fragments et la contraction spasmodique des muscles, mais encore contre la trépidation des machines et surtout contre le tangage et le roulis. De tous les appareils, le double plan incliné semble fournir les meilleurs résultats, surtout si l'on met en usage celui de M. Cras (de Brest), longuement décrit par l'auteur. Outre qu'il répond à des indications multiples, il a encore l'avantage de tenir dans le cadre réglementaire du hamac, d'être démontable, aisément maniable, léger et d'un faible prix de revient.

DES LÉSIONS VISCÉRALES DE L'IMPALUDISME, par A. MESSERER. Thèse de Paris, 1886.

L'empoisonnement palustre donne lieu à des manifestations aiguës et chroniques. L'accès de fièvre, loin d'être un symptôme obligé, peut manquer, alors que les divers organes présentent de la congestion, de l'hypertrophie, de la pigmentation et souvent de la sclérose et des dégénérescences diverses, conséquence de l'impaludisme. Les centres nerveux qui n'avaient jamais offert à l'observation des altérations bien variées, en dehors de la congestion et de la pigmentation, pourraient être le siège, si nous nous en rapportons à la récente communication de M. Bourru à l'Académie de médecine, de thromboses et d'hémorrhagies, par le fait des lésions chroniques des vaisseaux, des endartérites décrites par M. Lancereaux et sur lesquelles M. Messerer n'insiste pas assez.

CH. AMAT.

BULLETIN

IMMUNITÉ CONFÉRÉE CONTRE LES MALADIES MICROBIENNES PAR DES SUBSTANCES SOLUBLES DUES AUX MICROBES. — DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS. — PROJET DE LOI SUR LA RÉFORME DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE EN FRANCE. — L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — LE COMITÉ DE PROTECTION DES FAMILLES DES MÉDECINS VICTIMES DU DEVOIR PROFESSIONNEL.

En présentant a l'ACADÉMIE DES SCIENCES le premier volume des ANNALES DE L'INSTITUT qu'il a fondé, M. Pasteur a insisté particulièrement sur un mémoire de MM. Roux et Chamberland, relatif à l'*immunité contre la septicémie conférée par des substances solubles*. Les auteurs de ce mémoire ont démontré que le vibrion septique donne lieu à des produits chimiques solubles qui agissent sur lui à la façon des antiseptiques. Ces mêmes produits, introduits en quantité suffisante chez un animal, un cobaye, par exemple, confèrent à ce dernier l'immunité contre la septicémie qu'engendre le vibrion.

Ce n'est pas là un fait isolé. M. Pasteur l'avait déjà pressenti et constaté pour le choléra des poules, la rage, le charbon. Il a été suivi dans cette voie par d'autres expérimentateurs qui ont adopté ses idées. La démonstration donnée pour la septicémie par MM. Roux et Chamberland confirme les résultats observés antérieurement et permet de généraliser le fait, qui suivant la remarque de M. Pasteur, compte parmi les points les plus intéressants de l'histoire des maladies microbiennes. Il reste donc établi désormais que l'immunité contre ces maladies peut être conférée par des substances solubles, c'est-à-dire privées de vie, issues des microbes eux-mêmes.

— La discussion sur la prophylaxie de la syphilis a commencé mardi dernier devant l'ACADÉMIE DE MÉDECINE. On pouvait s'attendre à une discussion générale sur l'ensemble du projet de réformes rédigé par la Commission; personne n'a demandé la parole. Il est vrai que, à propos de l'article IV, M. Dujardin-Beaumetz a étendu le champ de ses critiques au projet tout entier en exprimant le regret que la Commission n'ait pas séparé les réformes immédiatement réalisables par de simples arrêtés administratifs, de celles qui, nécessitant l'intervention du législateur, seront plus longues à obtenir. De semblables critiques se produiront sans doute à l'occasion d'autres articles, et l'on aura ainsi en détail la discussion générale qui aurait dû précéder l'examen des articles.

Les trois premiers articles, qui appellent l'attention de l'autorité sur les divers modes actuels de provocation à la débauche, ont été votés sans discussion. Mais des divergences assez tranchées d'opinions se sont produites à propos des articles IV, V, VI et VII. D'après l'article IV, la provocation doit constituer un *délit*, ce qui entraîne l'institution d'un *tribunal*, proposée dans l'article VI, pour juger des cas délictueux et prononcer la peine encourue, entre autres l'*inscription* de la fille reconnue coupable (art. V). En d'autres termes, il s'agit d'attribuer à l'autorité judiciaire le pouvoir d'ordonner l'inscription des filles convaincues de s'adonner à la débauche, pouvoir qui appartient actuellement à l'administration de la police.

M. Brouardel a fait ressortir les difficultés qu'il pourra y avoir à démontrer le délit, par suite, pour le tribunal, à appliquer la peine encourue. De plus, en admettant ces premières difficultés vaincues, c'est à peine par centaines qu'un tribunal pourra retenir de semblables causes, et c'est par milliers que se comptent les prostituées. La réforme proposée par la Commission va donc à l'encontre du but qu'elle s'est proposé, celui d'étendre la surveillance au plus grand nombre possible de femmes se livrant à la prostitution.

M. Léon Le Fort, inspirateur au sein de la Commission des articles débattus, a défendu l'institution d'un tribunal pour prononcer sur l'inscription des filles convaincues de prostitution, en rappelant les services qu'un pareil système a rendus en Angleterre pendant plusieurs années qu'il a été en vigueur. Ces services n'ont pas empêché une ligue de se former et d'obtenir la suppression du système en question. Ce qui paraît, sur ce point, préoccuper surtout M. Le Fort et les membres de la Commission, c'est le pouvoir discrétionnaire laissé à la police, pouvoir qui a donné lieu à de nombreux abus. L'intervention de l'autorité judiciaire aura pour effet de mieux sauvegarder la liberté individuelle, comme aussi de mieux protéger la santé publique en prononçant la déchéance de l'autorité paternelle quand il s'agira de filles mineures se livrant à la prostitution.

L'objection principale de M. Brouardel n'en est pas moins restée debout, et M. Besnier a insisté avec raison sur ce point. La juridiction des tribunaux est-elle, oui ou non, applicable

dans l'espèce? Non, répond M. Bronardel; oui, répondent MM. Fournier et Le Fort. L'Académie ne se sent pas suffisamment édifiée par les arguments développés de part et d'autre pour se prononcer immédiatement et renvoie les quatre articles à un nouvel examen de la Commission. Il ne semble pas impossible de concilier les divers intérêts en présence, ceux de la santé publique d'abord, puis ceux qui touchent à la liberté individuelle des prostituées. Du reste l'Académie, compétente seulement sur la question d'hygiène publique, n'a pas à rédiger un code quelconque de procédure : elle n'a qu'à poser les principes et indiquer les grandes lignes de réformes qu'elle juge utiles de signaler à l'attention des pouvoirs publics.

— Dans le no 10 (5 mars 1887) de la GAZETTE MÉDICALE, nous avons fait connaître les deux projets de loi à l'étude sur la *Réforme de l'administration sanitaire en France*, l'un émané de l'initiative parlementaire, l'autre déposé sur le bureau de la Chambre par le Gouvernement. Ces deux projets avaient été renvoyés à l'examen d'une Commission composée de MM. Siegfried, président, Chamberland, Lahrousse, Guillemant, Duchasseint, Mathé, Lesouef, Chavanne, Richard Waddington, Albert Pesson, Jules Carret. Cette Commission, par l'organe de M. Chamberland, a déposé son rapport qui conclut et se termine par un projet de loi définitivement élaboré. Nous nous bornons à mentionner le dépôt de cet important travail, jugeant plus opportun, pour l'examiner, le moment où il sera mis à l'ordre du jour des délibérations de la Chambre. Malheureusement, il n'y a pas moins loin du dépôt d'un rapport à sa discussion que de la coupe aux lèvres, et, dans les temps de préoccupations politiques que nous traversons, il est à craindre qu'une question de l'ordre dont il s'agit, malgré l'intérêt général qu'elle présente, ne soit indéfiniment ajournée. Espérons cependant que MM. Siegfried, Chamberland et leurs collègues, poursuivant leur œuvre avec l'activité dont ils ont fait preuve jusqu'à ce jour, sauront la conduire à bonne fin.

— Nous avons, à plusieurs reprises, entretenu nos lecteurs de l'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE, dont la fondation est due à l'initiative de M. le docteur Gallet-Lagoguey. Elle a pour but, on se le rappelle, d'assurer aux médecins, en cas de maladie, une indemnité suffisante pour les mettre, eux et leur famille, à l'abri des premiers besoins quotidiens. M. Gallet-Lagoguey a fini par triompher de toutes les difficultés inhérentes à la création d'une œuvre semblable, et la nouvelle Association, dont l'avenir paraît assuré, fonctionne régulièrement. Elle a tenu sa première assemblée générale le 22 janvier dernier et il résulte du rapport de son président qu'elle comprend déjà soixante-seize membres et possède, à la fin de sa première année d'existence, un capital réserve de 6,600 fr. Il est facile, par des calculs très simples, de démontrer qu'à la fin de la seconde année, après que l'Association aura satisfait à toutes ses charges, à tous ses engagements, ce capital réserve se sera élevé à 11.000 fr. On peut juger par là de l'accroissement annuel du fonds social, accroissement qui permettra, suivant M. Gallet-Lagoguey, non-seulement d'assurer une indemnité aux médecins incapables d'exercer par suite de leur âge avancé ou de leurs infirmités, mais encore de restituer à la famille, lors du décès d'un associé participant, sa part proportionnelle dans les bénéfices réalisés.

Les objections tombent d'elles-mêmes devant de pareils résultats et la propagande devient facile : 20 nouvelles adhésions ont, à la fin de la séance, affirmé l'éloquence persuasive des considérations et des calculs exposés par le président et le trésorier.

— L'assistance mutuelle est un vaste champ dans lequel des institutions différentes, inspirées du même principe, peuvent se mouvoir sans risquer de se heurter. A côté de nos deux grandes Associations médicales, qui font tant de bien, mais qui ne peuvent suffire à soulager toutes les misères, il y a place pour d'autres œuvres, poursuivant un but spécial, et se prêtant un mutuel appui pour atteindre le but commun: le bien-être matériel et moral de la profession. C'est ainsi que l'Association dont nous venons de parler envisage spécialement le cas de maladie ; que la Caisse des pensions de retraite prévoit les difficultés résultant de l'âge avancé. Certes, les intérêts du médecin et ceux de sa famille sont étroitement connexes, et en protégeant les premiers on sauvegarde les seconds. C'est surtout vrai du vivant du médecin; mais, après sa mort, il n'en est plus ainsi, et les secours donnés aux veuves et aux orphelins, toujours éventuels, sont le plus souvent insuffisants. Le COMITÉ DE PROTECTION DES FAMILLES DES MÉDECINS VICTIMES DU DEVOIR PROFESSIONNEL s'est donné pour mission de combler cette lacune. Composé de sénateurs, de députés, de médecins, de représentants des grandes administrations publiques, ce Comité, dont l'organisation est due à l'initiative et à l'activité persévérante de notre confrère du CONCOURS MÉDICAL, M. le docteur Cézilly, a tenu le lundi 30 janvier sa première réunion et posé les bases de l'œuvre à instituer. Une commission, composée de M. Henri Monod, Jules Steeg, Lerehoullet et Cézilly, a été chargée d'élaborer des statuts qui seront discutés et arrêtés définitivement dans la prochaine réunion du Comité. Nous pouvons dire dès à présent que le Comité se préoccupe de joindre l'assistance pécuniaire à l'influence sociale exercée en faveur de ses pupilles. Les protections les plus puissantes n'ont souvent que des effets tardifs, et il est des cas, malheureusement trop nombreux, où l'assistance s'impose d'une manière urgente.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

INAUGURATION DU BUSTE DE M. LE PROFESSEUR J. BÉCLARD. — L'inauguration du buste de M. Béclard, sur la tombe qui renferme ses restes mortels et ceux de son illustre père, a eu lieu jeudi dernier, 9 février, date anniversaire de sa mort. Chacun des corps savants dont notre excellent maître faisait partie : Académie de médecine, Faculté de médecine, Conseil supérieur de l'instruction publique, Association des médecins de la Seine, Société d'anthropologie, Association des étudiants, etc., étaient représentés par une députation, bien que cette touchante cérémonie n'ait pas eu un caractère absolument officiel. De très courtes, mais touchantes allocutions, ont été prononcées : par MM. Laborde, au nom des souscripteurs, tous collègues, amis et élèves du professeur; Hébert, remplaçant M. Gréard, vice-recteur empêché ; Bergeron, au nom de l'Académie de médecine ; Brouardel, doyen, au nom de la Faculté ; Pozzi, agrégé, président de la Société d'anthropologie, que Béclard avait présidée et dont il avait été l'un des premiers membres.

En rendant un hommage respectueux à la mémoire du savant et sympathique professeur, les divers orateurs n'ont point oublié de féliciter sincèrement l'auteur du buste, M. Crauck, le sculpteur bien connu, qui a su faire revivre d'une manière frappante l'homme dont la figure si expressive et si bienveillante est encore présente. La famille assistait en grand deuil à cette douloureuse et touchante cérémonie; les marques d'émotion des orateurs et do l'assistance auront amoindri, nous l'espérons, ce deuil et cette affliction renouvelés encore aujourd'hui. Dr A. Dureau.

Société de stomatologie. — Sous ce nom, il vient de se fonder une Société ayant pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes. La Société fait en outre appel aux médecins s'occupant de spécialités dont les rapports avec la stomatologie sont les plus fréquents (laryngologie, rhinologie, otologie, ophthalmologie, etc.). Adresser les adhésions à l'un des membres du bureau, MM. Magitot, président; Cruet, Galippe, Moreau-Marmont, Pietkiewicz.

Suspension d'un professeur. — Le professeur Brunetti, de l'Université de Padoue, vient d'être suspendu de ses fonctions par un décret ministériel qui le défère au Conseil supérieur de l'Instruction du Royaume d'Italie. Cette mesure était réclamée par la presse vénitienne tout entière, qui, d'après Il Morgagni, accusait le professeur Brunetti d'exciter les étudiants contre ses propres collègues, de soulever du scandale etc. En même temps, la Faculté de médecine de cette université est invitée à désigner un suppléant destiné à remplacer temporairement M. Brunetti.

Exposition et Congrès en Espagne. — L'Espagne suit le mouvement. Tandis que Barcelone va ouvrir en avril *son Expostion universelle*, deux congrès qui intéressent la médecine sont annoncés :

1o Un *Congrès hydrologique national* organisé sous les auspices de la Société espagnole d'hydrologie médicale, se réunira à Madrid dans les derniers jours de février et au commencement de mars pour traiter les questions relatives à l'hydrologie médicale, à l'hydrothérapie, à la climatologie et à l'aérothérapie, tant au point de vue technique et scientifique que dans leurs relations avec l'administration publique et les intérêts privés.

Il y aura pour ce Congrès des membres honoraires, des membres titulaires et des membres correspondants.

Le Congrès sera divisé en deux sections : la section d'hydrologie et la section de climatologie, hydrothérapie et aérothérapie;

2o Un *Congrès gynécologique* est également convoqué à Madrid, en avril et mai prochains, pour y traiter les questions théoriques et cliniques relatives à l'obstétrique, aux maladies des femmes et à la pathologie infantile. Tous les médecins peuvent en faire partie en adressant leur adhésion à la Commission d'organisation et en envoyant d'avance leur cotisation (de 15 pesetas).

Une exposition d'hygiène et de sauvetage a Ostende. — Une exposition internationale d'hygiène et de sauvetage se fera sous les auspices de l'administration communale, à Ostende, au *Parc Léopold*, et sera ouverte du 1er juin au 1er octobre 1888.

Elle comprendra tout ce qui se rapporte à l'hygiène publique et privée, à l'hygiène industrielle, navale et maritime. Une section sera consacrée à l'enfance, une autre à tout ce qui concerne le sauvetage. Un grand nombre de *festivités* seront organisées à cette occasion durant la saison, entre autres une exposition de bébés, un concours international de gymnastique, un festival international, des courses, des régates, etc., etc.

Le secrétariat du Comité d'organisation siège à Gand, rue des Régnesses, 3.

R. F. D.

NOUVELLES.

— A l'occasion des jours gras, les cours et examens de la Faculté de médecine de Paris seront suspendus le lundi 13 et le mardi 14 février 1888. Le secrétariat restera ouvert le lundi 13, et les consignations seront reçues aux heures ordinaires.

— M. le docteur Danner, médecin-adjoint au lycée de Tours, es nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Charcellay, démissionnaire, et nommé médecin honoraire.

Société de médecine pratique de Paris (fondée en 1804). — Composition du bureau pour l'année 1888 : Président, le docteur Dujardin-Beaumetz ; 1er vice-président, docteur Laburthe ; 2e vice-président, docteur Polaillon ; secrétaire général, docteur Gillet de Grandmont; secrétaire général adjoint, M. Champigny ; secrétaires annuels : docteurs Crouigneau, Gaudin, M. Gautrelet, docteur Guelpa, M. Lecerf, docteurs Petit (Léon), Tisné, Tolédano ; trésorier, M. Jolly ; archiviste bibliothécaire, docteur Duboys de Lavigerie.

Conseil de famille : le bureau et les présidents de sections.

Comité de publication : le bureau et les secrétaires de sections.

La Société se réunit tous les jeudis, à 4 heures précises, au palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins.

Société protectrice de l'enfance. — Cette Société tiendra son Assemblée générale dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue Sorbonne, 15, le dimanche 19 février 1888, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Hérard, président de l'Académie de médecine.

Ordre du jour :

1o La protection de l'enfance, par M. le docteur Marjolin;

2o Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache ;

3o Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Moizard ;

4o Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. le docteur Leroux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Foubert. Variations passagères de volume du cœur. — M Bex. Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale.

M. Delbecq. Des fractures simples des os du carpe. — M. Malpas. Contributions à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite.

M. Cousin. Des inflammations en masse du cordon spermatique. — M. Le Ray. Des injections hypodermiques de calomel et d'oxyde jaune dans le traitement de la syphilis (expérimentées à l'hôpital de Brest). — M. Meloche. Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement.

M. Cazaux. Contribution à l'histoire médicale des strophantus. — M. Vian. Des progrès accomplis dans le traitement de la cataracte et du procédé de choix. — M. Gilbert. Contributions à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac. — M. Richard. Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques.

M. Delaborde. Induration plastique des corps caverneux. — M. Le Siner. Contribution à l'étude et au traitement de l'éléphantiasis du scrotum. — M. Léonardon-Lafervenche. Fractures juxta-articulaires. Leur traitement par le massage. — M. Jaymes. De l'ostéomyélite des os du crâne.

M. Dufestel. Des maladies simulées chez les enfants. — M. Roullès. Résection du sternum. — M. Bayoux. Comparaison de l'antipyrine et du salicylate de soude dans le traitement des affections

douloureuses et en particulier dans le traitement des affections rhumatismales.—M. Barbot. Traitement de la coqueluche par les pulvérisations intra-nasales.—M. Lahaye. Contribution à l'étude de l'épithélioma et de l'urèthre chez la femme. — M. Chaleix. Des névralgies vésicales.

M. Ythier. Lavage du péritoine dans la laparotomie.—M. Monret. Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 JANVIER AU SAMEDI 4 FÉVRIER 1888

Fièvre typhoïde 25.—Variole 11.—Rougeole 10.— Scarlatine 7. — Coqueluche 5. — Diphthérie, croup, 51 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 214.— Autres tuberculoses 10. — Tumeurs : Cancéreuses 52. — Autres 5. — Méningite 30. — Congestion et hémorr. cérébr. 56. — Paralysie 10.— Ramollissement cérébral 11.—Maladies organiques du cœur 79.— Bronchite aiguë 46. — Bronchite chronique 53. — Broncho-pneumonie 33.— Pneumonie 77. — Gastro-entérite : Sein 22. — Biberon 28. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 33. — Sénilité 44. — Suicides 7. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 242. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 1187 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie, par MM. Dujardin-Beaumetz et P. Yvon. Un vol. in-18 cartonné de 570 pages.—Prix : 4 francs.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Pharmacothérapie dosimétrique comparée, par le Commandeur docteur Laura, professeur à l'École de médecine de Turin, traduite en français par E. Gras, secrétaire de l'Institut dosimétrique. Un volume de 700 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Ch. Chanteaud et Cie, 54, rue des Francs-Bourgeois.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par le docteur Dujardin-Beaumetz, seizième et dix-septième fascicules.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Étude des localisations angio-cardiaque typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées, par MM. Landouzy, agrégé de la Faculté, et A. Siredey, chef de clinique de la Faculté. — Paris, 1887, Félix Alcan, éditeur.

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, par le docteur François Franck, précédées d'une préface du professeur Charcot. Un volume grand in-8o de 570 pages, avec 83 figures. — Prix : 12 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par J. Béchamp, professeur d'analyse chimique et de toxicologie à la Faculté libre de médecine de Lille. Un vol. in-8o de 258 pages.—Prix : 6 francs.—Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité clinique des maladies des pays chauds, par le docteur A. Corre. Un vol. grand in-8o de 870 pages, avec 50 figures dans le texte.—Prix : 15 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 7 18 FÉVRIER 1888.

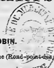
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).



CLINIQUE MÉDICALE

LA PNEUMOPARÉSIE. — Leçon de M. le professeur BENJAMIN WARD RICHARDSON (d'après *The medical Press and Circular*, n° 2, 1888).

J'appelle *pneumoparésie* une forme clinique particulière, souvent confondue avec la pneumonie et dont les symptômes sont dus à un épuisement brusque du stimulus nerveux dans le système vasculaire, tant nutritif que respiratoire, du poumon.

La pneumoparésie est précédée de plusieurs phénomènes nerveux, tels que : excitation émotionnelle, érythèmes fugaces, grande prostration avec toux brève, accompagnée de crachats en petite quantité. La fièvre fait défaut. Le malade a le pressentiment de la mort ; mais il ne s'alarme pas et reste résigné. Dans aucune période de la maladie, on n'observe de la douleur. Comme signes physiques, on trouve, à la percussion, une matité qui apparaît toujours à la base des poumons, en arrière, et prend quelquefois la forme de foyers ou de plaques. A l'auscultation, on entend d'abord de la crépitation qui, dans la suite se transforme en râles humides et bronchiques.

La maladie évolue avec rapidité ; son issue est habituellement fatale.

Il y a plusieurs années, j'ai réussi à obtenir artificiellement la pneumoparésie chez les lapins en les plaçant dans une atmosphère de nitrite d'amyle. Chez ces animaux, la parésie pulmonaire était donc produite par l'action d'une substance chimique sur les centres nerveux des poumons. La guérison survenait après la suppression de la cause morbigène, mais les phénomènes, tant qu'ils duraient, étaient identiques aux symptômes de la pneumoparésie chez l'homme.

Par où débute la parésie ? Par le système vasculaire nutritif dont l'origine est l'aorte thoracique ou par le système vasculaire respiratoire de l'artère pulmonaire ? C'est une question encore fort obscure et peu étudiée, quoique d'une importance capitale pour toutes les affections du poumon en général. Pour ce qui concerne la pneumoparésie, mes observations personnelles me portent à croire qu'elle débute probablement par le système vasculaire nutritif du poumon et que les troubles de la circulation dans le système respiratoire sont secondaires.

L'affection primitive des centres nerveux dans la pneumoparésie pourrait dépendre de trois causes différentes : 1° D'une lésion mécanique (compression, ébranlement) des centres ou de leurs plexus ; 2° de la production à l'intérieur même de l'organisme d'une substance chimique qui, comme le nitrite d'amyle, amène la parésie des nerfs pulmonaires, et 3° d'un épuisement vital prématuré des centres en question (sénilité

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

8 février 1888.

Projet d'une Revue universitaire à Lyon. — Les Lyonnais à Paris. — Les Lyonnais chez eux. — La plessimétrisme science allemande. — Pourquoi Bassereau fut décoré ! — Un mot nouveau : l'Aprosexie. — Un goût ondulé ?

Les médecins lyonnais ont bien des qualités. Ils donnent l'exemple d'une confraternité assez rare dans les autres villes de France, même dans la capitale. Ils sont admirablement disciplinés. Ils se soutiennent, s'entr'aident, et au besoin se surveillent pour empêcher tout manquement à la dignité professionnelle ; de plus, tous les Lyonnais, et non seulement les médecins, mais aussi les juristes et les lettrés, comme les industriels, savent travailler avec ardeur et font travailler sans qu'aucun se montre jaloux du succès du voisin. Or, voici que les professeurs de Lyon aspirent à étendre le cercle de leur action, et à agrandir leur horizon, en faisant connaître *urbi et orbi* les résultats de leurs recherches, afin que le monde scientifique puisse juger la valeur de leur œuvre en plus ample connaissance de cause.

Lisez, en effet, ce passage extrait d'un journal de cette ville, la PROVINCE MÉDICALE : « Il y a quelques semaines, des professeurs, appartenant aux quatre Facultés lyonnaises, se sont réunis et ont projeté l'établissement d'un organe périodique, qui réunirait les travaux de l'Université lyonnaise tout entière. Ce projet, présenté à l'Assemblée des professeurs de toutes les Facultés, a reçu leur approbation et est entré en voie d'exécution. Le BULLETIN DES FACULTÉS DE L'UNIVERSITÉ LYONNAISE sera rédigé par un Comité de seize membres, quatre par Faculté. Il paraîtra périodiquement et, au début, chaque trimestre. Il contiendra une analyse des travaux des professeurs et de leurs élèves, de tout ce qu'auront produit les thèses, les laboratoires, les cliniques, etc. Pour bien établir la fusion, les matériaux seront classés, non pas d'après la Faculté dont ils émanent, mais d'après leur nature. Un travail de chimie sera placé au chapitre de « chimie », que son auteur appartienne aux sciences ou à la médecine ; certaines questions médico-légales seront inscrites au chapitre du droit

« En fondant cet organe, l'Université lyonnaise a eu pour but de montrer à tous quelle somme de travail représente son action, quel rôle elle joue dans la vie intellectuelle du pays ».

précoce héréditaire) sous l'influence de causes débilitantes et déprimantes.

Pour ma part, c'est cette troisième supposition que je crois la plus probable. Si on l'admet avec moi, on voit immédiatement quel vaste champ d'observation elle nous ouvre. En effet, beaucoup de personnes âgées et infirmes meurent de pneumoparésie (sorte d'anesthésie naturelle) sous l'influence occasionnelle et combinée du froid, des privations, du surmenage, d'un choc physique ou nerveux, de chagrins ou de toute autre cause débilitante et déprimante. Ainsi un individu âgé qui, après une journée de fatigue et de soucis, dort la nuit dans une chambre froide en y respirant l'air froid, présente toutes les conditions pour être atteint de pneumoparésie. L'action du froid sur les expansions périphériques des nerfs de la circulation pulmonaire suffit ici, à elle seule, pour produire la pneumoparésie. C'est précisément ce genre de mort, si fréquent chez les vieillards, qu'on attribue habituellement à la *congestion pulmonaire*.

La pneumoparésie est, en somme, une des variétés de la mort « naturelle » chez les sujets qui ont atteint le dernier terme de l'existence humaine. Elle est aussi la façon de mourir de ceux qui sont arrivés à un terme prématuré, mais « prédestiné » (par hérédité, etc.), de leur vie.

J'ai observé cinq cas bien nets de pneumoparésie, et je dois dire, à mon grand regret, que dans tous l'issue fut fatale, malgré les soins apportés au traitement. Dans un cas seulement, j'ai constaté une période d'intermission apparente, mais malheureusement passagère.

Dans tous les cas aigus que j'ai vu jusqu'ici, à l'exception d'un seul, les malades étaient des femmes. Elles avaient toutes une prédisposition héréditaire aux affections pulmonaires, et plus particulièrement à la phthisie. Elles présentaient aussi des symptômes de faiblesse nerveuse et d'excitabilité émotionnelle. Mon seul et unique sujet de sexe masculin était d'une bonne santé jusqu'au jour où il fut atteint de pneumoparésie. Je ne l'ai pas vu pendant la maladie, mais je fus chargé par la famille de faire son autopsie pour trouver la cause de sa mort qui, par sa rapidité, paraissait inexplicable. D'après la description qu'on me fit, les symptômes étaient bien ceux de la pneumoparésie produite par l'action du froid. L'autopsie confirma pleinement mon diagnostic. Les poumons étaient extrêmement congestionnés, et il y avait un petit épanchement séreux dans les cavités pleurales. Aucune autre lésion, capable d'amener la mort, n'a pu être trouvée. Le cœur droit était distendu par le sang, mais l'organe lui-même était sain, ainsi que les viscères de l'abdomen et le cerveau.

Un autre cas de pneumoparésie m'a beaucoup embarrassé. Il s'agissait encore d'une femme malade depuis quelques jours. Elle présentait tous les symptômes généraux de la pneumoparésie, et cependant l'examen le plus minutieux des poumons ne permettait d'y découvrir nulle part la moindre crépitation. Je ne pouvais donc pas me prononcer définitivement, tout en soupçonnant la pneumoparésie, et je quittais la malade avec l'espoir que mes craintes étaient peut-être erronées. Malheureusement, elles n'étaient que trop fondées, car deux jours plus tard j'appris la mort de la malade. La maladie, d'abord latente, s'était accusée bientôt après ma visite : les deux poumons furent pris, et la mort survint par asphyxie pure.

Dans ce cas, la cause efficiente de la pneumoparésie est restée inconnue ; mais, chez tous les autres malades, j'ai toujours constaté une influence nocive quelconque : tantôt le froid (le fait de s'être assise sur l'herbe humide à la veille de la période menstruelle), tantôt une chute (au septième mois de la grossesse), etc. En général, dans tous les cas, la cause était banale, en comparaison de la gravité de ses conséquences.

Quant au traitement de la pneumoparésie, il est évident qu'il ne peut y avoir de remèdes spécifiques et que le rôle du médecin se borne à combattre, dans les limites du possible, les symptômes les plus graves à mesure qu'ils surviennent.

Dans un cas où le pouls était accéléré, j'ai administré la digitale, mais sans résultat appréciable. J'ai donné l'ergot de seigle à une autre malade : l'effet fut négatif.

Chez un troisième malade, j'ai institué le traitement ammoniacal dans l'espoir de faciliter la circulation en rendant le sang plus liquide, et toujours sans succès. Enfin la noix vomique à grandes doses est restée inefficace, comme les autres remèdes.

Dorénavant, et dans le premier cas de pneumoparésie que je rencontrerai dans ma pratique, je me propose d'essayer les inhalations d'oxygène à la température de 95° Fahrenheit. Je tâcherai de prévenir l'asphyxie par ce moyen et de gagner

---

Jusqu'ici, c'est parfait. Les Lyonnais, on ne saurait trop le répéter, ont bien des qualités. Mais il semble cependant, à lire la fin de l'article, qu'ils n'auraient pas la qualité de la modestie. Voyez plutôt : « Elle (l'Université lyonnaise) espère aussi que beaucoup de ses œuvres, systématiquement oubliées quand elle les confie aux Académies, aux journaux de la capitale, ne pourront passer inaperçues quand elles seront indiquées et analysées dans un recueil dont l'importance, la notoriété, le caractère presque officiel, s'imposeront à l'attention et au souvenir. »

*
* *

Qu'est-ce à dire ? S'il est des médecins de province qui puissent se plaindre de voir leurs recherches passer presque inaperçues à Paris, ce ne sont pas les médecins de Lyon. Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux de Paris, n'a-t-on pas vu cette grande méthode thérapeutique appelée souvent méthode de Brand, mais plus justement méthode de l'École de Lyon, n'a-t-on pas vu, dis-je, cette méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids revenir à l'ordre du jour et être honorablement discutée en plein Paris. Cela n'est pas de l'oubli, encore moins de l'oubli systématique. Les autres Sociétés scientifiques de Paris ne sont pas plus ingrates. Voyez la place qu'occupent les Chauveau, les Ollier, les Bouchard, dans nos Académies.

Bien plus, la presse médicale de Paris, non contente de prêter la publicité dont elle dispose aux recherches émanées de Lyon, qu'il s'agisse d'un ostéoclaste ou d'un traitement de la phthisie par des injections sulfureuses dans le rectum, fait mieux encore. Elle accorde une belle place dans ses comités de rédaction aux membres de l'École de Lyon. Sans parler des organes spéciaux (de *Dermatologie* avec Doyon et Diday, ou d'*ophthalmologie* avec Dor et Gayet, etc.), n'avons-nous pas une REVUE DE MÉDECINE qui, dans un Comité de rédaction de 6 membres, réduits même à 5 par la mort de Vulpian, comprend 3 Lyonnais : Bouchard, Chauveau et Lépine, à côté de Charcot et de Landouzy ?

La REVUE DE CHIRURGIE, sur 4 membres, n'a-t-elle pas mis Ollier dans son Comité-Directeur ?

Les autres centres Universitaires, depuis l'aîné de tous, Montpellier, jusqu'au plus jeune, Lille, en passant par Nancy et Bordeaux, ont-ils pareils avantages ? Et peut-on accuser d'exclusivisme

ainsi le temps nécessaire à la restauration de l'équilibre des forces nerveuses.

H.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

SATURNISME. COLIQUES DE PLOMB. AURA HYSTÉRIQUE. HÉMIPARÉSIE ET HÉMIANESTHÉSIE SENSITIVO-SENSORIELLE MODIFIÉE PAR LES COURANTS CONTINUS, par M. DUTIL, interne des hôpitaux.

Le Feuill... (Joseph), âgé de quarante-six ans, ouvrier plombier, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, lit n° 1, dans le service de M. Peter, le 1er juillet 1887.

Cet homme se plaint d'être paralysé du côté gauche.

Antécédents héréditaires. — Les renseignements qu'il nous donne sur l'état de santé des divers membres de sa famille sont peu explicites et incomplets.

Il n'a pas connu son *père*; sa *mère* est morte à l'âge de soixante-douze ans; elle n'était pas trop impressionnable; elle n'était sujette à aucune espèce de crises de nerfs.

Le F... ne sait rien de ses grands parents; il n'a ni frère, ni sœur. Un de ses cousins germains est boiteux de naissance? Et c'est tout. Il n'a jamais entendu dire qu'il y eût parmi ses parents, ni un aliéné, ni un suicidé, ni un épileptique.

Antécédents personnels. — Pendant son enfance, il n'a présenté aucun incident morbide. Il n'a jamais eu de convulsions, ni de pertes de connaissance d'aucune sorte. Il n'était pas émotif.

Soldat à vingt ans, il séjourna successivement en Afrique, au Mexique, où il fit quelques excès de boissons et où il eut la dysenterie.

Il n'a jamais eu de chancre ni aucun accident imputable à la syphilis.

Depuis qu'il a quitté le service militaire, il ne s'est plus adonné à l'ivrognerie. Il ne boit jamais de liqueurs fortes, sa ration de vin quotidienne est modérée. Il n'a jamais eu ni pituite, ni gastrite, ni tremblement des mains.

Il y a quatre ans, « à la suite d'un chaud et froid », il eut une pleurésie, pour laquelle il passa six semaines à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Peter. On lui appliqua un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine; il sortit parfaitement guéri. Il n'a jamais toussé depuis.

Le malade travaille dans le plomb depuis l'âge de douze ans. Il a souffert de colique saturnine à cinq reprises différentes : à dix-huit ans, à vingt ans, à vingt-huit ans, à trente ans et à trente-cinq ans. Bien qu'il n'ait jamais cessé de travailler de son métier, il n'a présenté jusqu'à ces derniers mois aucun autre trouble relevant de l'intoxication saturnine; ni paralysie, ni tremblement.

Il y a quatre mois, Le F... fut pris d'accidents bizarres qui l'obligèrent à garder le repos; durant trois jours, il ressentit continuellement dans le flanc gauche une sensation qu'il compare à celle que produirait un corps arrondi qui monterait et descendrait dans le ventre. Quand il se couchait sur le côté gauche, ou bien encore quand il se plaçait dans la position accroupie, cette sensation pénible se changeait en une douleur violente; aussitôt, il était pris de suffocation, de palpitations de cœur, sa vue se troublait et il apercevait comme des paillettes de feu s'élançant en gerbes rougeâtres. Une fois, cet état persista pendant trois heures consécutives; à aucun moment il ne perdit connaissance.

Ces troubles disparurent spontanément au bout de trois jours et le malade reprit son travail.

Il y a six semaines, il descendit au fond d'un puits pour ajuster un corps de pompe; sa besogne terminée et comme il gravissait les degrés de l'échelle, il sentit que sa jambe gauche pliait sous lui et que le bras du même côté avait tout à coup perdu sa force. Il put néanmoins sortir du puits sans aucun aide. A ce moment, il éprouva dans le pied gauche des fourmillements et des picotements très vifs. Pendant qu'il se dirigeait vers la station d'omnibus du voisinage, il avait, nous dit-il, beaucoup de peine à traîner sa jambe. Il monta en voiture, et quand il en descendit, il fut heureusement surpris de sentir que sa jambe, qu'il croyait paralysée, avait recouvré toute sa force.

Mais, ce même soir, il éprouva dans tout le côté gauche des fourmillements accompagnés d'élancements douloureux.

Le lendemain, en s'éveillant, il s'aperçut que sa jambe était toute raide.

Il prit alors un bain de pieds sinapisé : la contracture disparut et le malade put descendre à son atelier situé à l'étage inférieur. Il travailla tant bien que mal toute la journée et les jours suivants; mais la jambe et le bras gauches devenaient de plus en plus faibles.

Sur ces entrefaites, il se fit en travaillant une petite plaie à l'avant-bras gauche. Il fut surpris de n'avoir rien senti; il se pinça fortement et constata que sa peau était complètement insensible au bras et à la jambe du même côté.

Il y a quinze jours, le malade fut pris tout à coup, dans la rue, d'une violente douleur dans le flanc gauche; il s'assit sur un banc; aussitôt il sentit comme une grosse boule qui lui montait au creux de l'estomac; il étouffait, il avait la tête serrée, sa vue se troubla, puis il pleura pendant un quart d'heure sans savoir pour-

---

cette Presse parisienne si largement hospitalière, alors qu'elle pourrait si facilement prospérer par elle-même et sans emprunt?

Et dire qu'un journal se laisse aller à qualifier de systématique cet exclusivisme hypothétique. Le mot systématique est décidément de trop.

***

Il est de trop, surtout venant d'un centre qui, plus que tout autre, est fermé. A Paris, nos Facultés, nos Académies, accueillent avec empressement un Claude Bernard, un Bouchard, un Chauveau, un Ranvier; à Lyon, ne se montre-t-on pas en général un peu plus chauvin. Je ne blâme pas, je constate. Ne semble-t-on pas exiger parfois une sorte de naturalisation lyonnaise avant d'ouvrir les rangs d'un corps professoral ou simplement professionnel aux candidats *exotiques*?

Les journaux de Lyon ne sont-ils pas relativement très répandus dans toute la France et n'arrivent-ils pas jusqu'à Paris pour y porter les compte-rendus des travaux d'ailleurs fort intéressants des deux grandes Sociétés savantes de la seconde ville de France?

Sans doute, tandis que la presse lyonnaise donne un petit résumé des séances de l'*Académie de médecine*, qui ne siège pas à Lyon, la presse parisienne n'ouvre pas ses colonnes au procès-verbal des Sociétés de médecine de Lyon Mais peut-on établir une assimilation entre l'Académie de médecine, Corps national, et des Sociétés purement locales?

Le LYON MÉDICAL, qui du reste est un journal fort bien rédigé, prend d'ailleurs sa revanche. Il existe une partie du journal qui s'appelle *Revue des livres*. Et cette Revue, a-t-on jamais vu le Corps médical parisien se plaindre de la voir une fois, et même deux fois sur trois, occupée par le compte-rendu d'un travail d'origine lyonnaise?

Que leur Faculté de médecine se développe assez pour qu'on y soutienne cent thèses tous les ans, et il ne restera plus de place pour le reste de la France dans cette Revue des livres, où parfois le président de thèse (souvent l'inspirateur même du travail) ne craint pas de prendre la plume pour en faire le compte-rendu.

Les producteurs de Paris et du reste de la France, se plaignent-ils de la part inégale qui leur est faite dans un journal autorisé? Non, ce sont les Lyonnais qui se plaignent. Et cependant les médecins lyonnais ont bec et ongles. Ils savent se défendre contre

quoi. Il ne perdit pas connaissance, mais il ne put se lever. On le transporta chez lui en voiture; depuis ce jour, la faiblesse du bras et de la jambe est telle qu'il n'a pu reprendre son travail. Le jour de son entrée (1er juillet) nous constatons ce qui suit:

Le malade est d'une taille au-dessus de la moyenne; il est bien musclé; le teint un peu pâle. Liseré gingival bien caractérisé.

MOTILITÉ. — *Face*. — La face, soit à l'état de repos, soit à l'état de mouvement, ne présente pas trace de paralysie ni de contracture. Les traits sont parfaitement réguliers et symétriques.

Les mouvements des paupières et des yeux s'exécutent normalement. La langue est tirée, droite, aplatie, sans contracture.

Membre supérieur gauche. — Parésie très nette, bien que le malade puisse porter son bras dans toutes les directions et exécuter tous les mouvements qui lui sont indiqués.

Au dynamomètre : main droite, 55 k.
— main gauche, 19 k.

Cette parésie n'est doublée d'aucune contracture. Le membre est parfaitement souple. L'affaiblissement est réparti d'une manière égale sur l'ensemble des muscles; il ne prédomine ni sur les extenseurs, ni sur les fléchisseurs.

Les réflexes tendineux au poignet et au coude (tendon du triceps) sont conservés, mais ils sont beaucoup plus faibles qu'à droite.

Membre inférieur gauche. — La paralysie, sans être absolue, est plus marquée qu'au membre supérieur. Le malade ne peut pas se tenir debout sur la jambe malade; en marchant, il boite en traînant la jambe et sans faucher.

La paralysie est totale, sans prédominance sur tel ou tel groupe musculaire; elle est flasque.

Les réflexes rotulien et crémastérien du côté gauche sont complètement abolis; quelque attention qu'on apporte à leur recherche, on n'obtient absolument rien. Par contre, le réflexe abdominal (signe de Rosenbach) est conservé.

SENSIBILITÉ. — *Sensibilité générale*. — La sensibilité générale est complètement abolie, dans tous ses modes, dans toute la moitié gauche du corps ((peau et muqueuses). La cornée et la conjonctive sont complètement insensibles.

Anesthésie totale du pharynx. L'anesthésie est à la fois superficielle et profonde. On peut comprimer les muscles, tordre les articulations, sans que le malade accuse la moindre sensation. Le malade ne sent pas les courants interrompus les plus énergiques.

Le sens musculaire et la notion de position des membres sont abolis.

Sensibilité sensorielle. — *Vue*. — Pupilles égales et sensibles à la lumière et à l'accommodation.

Rétrécissement du champ visuel des deux yeux, plus prononcé à gauche.

Pas de dyschromatopsie.

Diplopie monoculaire.

Odorat. — Abolition complète de l'odorat des deux côtés.

Goût. — Le goût est tout à fait nul sur l'une et l'autre moitié de la langue (rhubarbe, sulfate de quinine, ipéca, sucre).

Ouïe. — L'ouïe est presque abolie à gauche; elle est très affaiblie à droite. A gauche, le bruit d'une montre n'est pas perçu, même quand on l'applique contre le pavillon de l'oreille. Ce même bruit cesse d'être perçu à droite, dès que l'écartement dépasse 6 centimètres.

Zône hystérogène — Lorsqu'on comprime le flanc gauche du malade (fosse iliaque), il se raidit aussitôt, la tête en extension forcée; sa face se congestionne, sa respiration devient haletante. Quelle que soit la durée et le degré de pression exercée, on ne parvient pas à déterminer d'attaque convulsive. Le malade, pendant l'expérience, éprouve une sensation de boule qui remonte à l'estomac, puis à la gorge. Il a, nous dit-il, les tempes serrées, sa vue se trouble. L'aura hystérique est donc des plus nettes.

Urines normales. Rien au cœur.

Cet état persiste les jours suivants. Le 8 juillet, on constate que l'or, l'argent, le cuivre, n'ont aucune action sur l'anesthésie.

Le 9, application d'un aimant durant six heures. Pas de modifications.

Le 10, application d'un courant continu faible. Au bout de quelques minutes, le malade accuse des picottements dans tout le côté gauche; après un quart d'heure, la sensibilité reparaît, un peu affaiblie cependant, à la jambe, au bras et dans la partie inférieure de la face; l'anesthésie du goût de l'odorat et de l'ouïe persiste telle qu'elle était avant l'électrisation.

(La vision n'a pas été examinée). Il n'y a pas eu de transfert.

Le soir, l'hémianesthésie s'était reproduite complète et profonde.

Les 11, 12 et 13 juillet, séances d'électrisation continue.

Le 13, la sensibilité générale et spéciale est presque aussi vive à gauche qu'à droite. La parésie s'est amendée; au dynamomètre : main gauche, 25 k.; main droite, 56 k.

Du 14 au 27 juillet, le malade fut soumis, une fois par jour, durant un quart d'heure, à l'action d'un courant très faible; l'anesthésie disparut totalement, et le malade accusa une grande amélioration dans l'état de ses forces. Au dynamomètre, cependant, la main gauche n'a jamais donné plus de 30 k. (à droite, 56).

---

les dénis de justice, les omissions; ils savent revendiquer, quand il le faut, la priorité de l'opération d'Estlander par exemple, pour un représentant de la chirurgie lyonnaise. Et nous sommes tous heureux, même à Paris, de cette touchante solidarité.

**

Car, malgré tout, les Parisiens applaudissent à ces manifestations de la vie intellectuelle et scientifique en province, et spécialement à Lyon, et ils font mieux que d'applaudir, ils adressent leurs souhaits les plus cordiaux de prospérité à l'œuvre projetée.

**

Si les Lyonnais se prétendent lésés par leurs confrères de Paris, ne trouveraient-ils pas tous à se mettre d'accord en voyant de quelles omissions se rendent coupables nos voisins de Bruxelles? Je lis l'annonce d'un nouveau *Traité de percussion*, annonce suivie des lignes suivantes empruntées à la préface : « L'étude théorique et pratique de la percussion a été soumise, depuis un certain nombre d'années, dans quelques pays, et surtout en Allemagne, à une analyse scientifique profonde. Les principaux auteurs qui ont écrit sur la matière sont Skoda, Luschka, Wintrich, Seitz, Zamminer, Gerhardt, Niemeyer, Weil, Leichtenstern, Friedreich, Fraentzel, Stern, Garland et d'autres. Nos propres études, notre initiative personnelle, dans notre service médical à l'hôpital Saint-Jean, nous ont permis de contrôler toujours, de simplifier souvent, de compléter parfois les idées et les faits avancés par ces auteurs. Les pages que nous publions sont le résultat de nos travaux.

Notre seul but est d'aplanir aux plus jeunes que nous la voie que nous avons parcourue, et de leur rendre l'étude si importante de la percussion et de l'examen physique du malade, facile, attrayante et fructueuse. »

Que dirait le professeur Piorry, s'il revenait au monde, de voir son nom oublié dans cette liste de plessimétristes? N'aurait-il pas le droit de bondir en s'apercevant que le nom de l'inventeur de la Percussion médicale, que le nom de Léopold Avenbrugger est même passé sous silence dans cette énumération? Et quelques autres médecins français, parmi nos contemporains, ne pourraient-ils pas également protester contre un oubli qui les atteint également?

N'ayant pas sous la main le livre annoncé, je me berce de l'es-

Du 27 au 29, on suspend le traitement. Le 29 au soir, l'hémianesthésie a reparu ; l'exploration dynamométrique donne :

Main gauche, 27. — Droite, 56.

Le malade demande sa sortie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

VI. Sur la valeur thérapeutique de la solvine, par le professeur Kobert, de Dorpat (*Therapeutische Monatshefte*, décembre 1887, n° 12, p. 465). — VII. La lipanine, un succédané de l'huile de foie de morue, par le professeur J. von Mering (Ibidem, février 1888, n° 2, p. 49).

VI. Jusque il y a une dizaine d'années, l'axonge et les matières similaires étaient à peu près exclusivement employées en médecine, comme excipients, pour la préparation des pommades et des onguents. Puis on a cru trouver des avantages à substituer à l'axonge d'autres excipients dont quelques-uns jouissent d'une vogue considérable. Ainsi la vaseline, la lanoline et un produit peu connu en France, mais dont l'emploi est très répandu en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, la *solvine*. Cette dernière a fait, de la part du professeur Kobert, de Dorpat, l'objet de recherches expérimentales qui démontrent que, même en applications sur le tégument externe intact, un produit inerte en apparence peut exercer une action délétère sur nos organes, action dont il faut savoir tenir compte en thérapeutique.

Quelques mots d'abord sur ce que représente la solvine.

Quand on fait agir l'acide sulfurique sur les éthers triacides de la glycérine tels que l'huile d'amandee, l'huile de ricin, on met en liberté des produits solublee dans l'eau, très variables dans leur constitution chimique, suivant la quantité et le degré de concentration de l'acide employé, suivant la durée de la réaction et suivant la température à laquelle on opère. Lorsqu'ensuite on soustrait à la masse l'excès d'acide sulfurique, en se servant *ad hoc* de solutions de sel marin, et qu'on dissout le résidu dans l'eau, on voit bientôt se former deux couches distinctes : la plus dense, aqueuse, renferme un nouveau produit sulfuré, qu'on réussit à extraire au moyen d'un acide minéral ou d'eau salée. C'est ce produit sulfuré qu'un chimiste de New-York, Armand Müller-Jacob, a eu l'idée d'utiliser comme excipient, comme véhicule destiné à dissoudre les substances médicamenteuses les plus diverses. Déjà précédemment, ce produit était répandu dans le commerce de la droguerie sous le nom de huile Tournant, mais à l'état moins pur que la solvine, connue en Angleterre et en Amérique sous le nom de polysolve. Les analyses chimiques qu'il a faites ont conduit Müller-Jacob à voir dans la solvine un acide sulfoléique ayant pour formule C17 H33 SO3H.CO.OH, ou C17 H33 O.SO3 H. CO. OH, suivant que ce produit est préparé avec de l'acide oléique ou avec de l'huile de ricin. D'autres chimistes sont arrivés à des conclusions opposées. Quoi qu'il en soit, M. Kobert estime que le principe actif de la solvine de Müller-Jacob est de l'éther sulfurique neutralisé par de la soude ou de l'ammoniaque.

Cette solvine est soluble en toutes proportions dans l'eau et l'alcool. Elle forme avec l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, le benzol, l'essence de térébenthine et les huiles essentielles en général, des mélanges limpides qui se dissolvent eux-mêmes dans l'eau, en formant des solutions claires ou des sortes d'émulsion, suivant la quantité de substance active incorporée. Moins on emploie d'eau, plus l'émulsion est parfaite. A chaud, la solvine dissout de 6 à 7 0/0 de soufre, dont la plus grande partie (5 0/0) se dépose à l'état cristallin, lors du refroidissement de la masse. A chaud, la solvine dissout également dans une certaine mesure l'iodoforme, la naphtaline, le naphtol, le salol, l'acide salicylique, l'alizarine, la chrysarobine, l'acide chrysophanique, l'indigo, la cantharidine, la santonine, l'aloïne, etc., c'est-à-dire la plupart des substances organiques les plus insolubles. La solvine se mêle en toutes proportions avec la glycérine, ainsi qu'avec les substances dissoutes dans la glycérine. Elle dissout les oléates, et, dans une proportion notable, les alcaloïdes. Enfin la solvine est douée d'un pouvoir diffusif considérable.

Autant de propriétés qui justifient à première vue la réputation acquise à l'étranger par la solvine, comme véhicule des substances médicamenteuses qu'on se propose d'administrer par voie endermique et en lavement. Mais, étant donné qu'en friction énergiques sur la peau, cette substance traverse les téguments en quantités relativement considérables, pour pé-

---

poir de voir cet oubli réparé dans le corps du volume. Je me berce ; mais si j'allais me leurrer !

Eh bien ! si je me leurrais, je n'accuserais pas les médecins belges en bloc de commettre des oublis *systématiques!* D'ailleurs, les Autrichiens, eux aussi, n'auraient qu'à se plaindre. Car si Piorry était Français, Avenbrugger était Styrien.

***

L'éminent syphiligraphe Léon Bassereau, qui est mort à Paris en novembre dernier, était né en 1810. Il avait le premier séparé nettement, il avait appris à distinguer le chancre simple du chancre infectant, jetant ainsi le plus grand jour sur l'étude des maladies vénériennes. Il est mort à 77 ans, presque oublié, sans titre officiel, n'étant pas même académicien.

Sans titre officiel ; pas tout à fait cependant : il était chevalier de la Légion d'honneur. Lui aussi était décoré. Il n'avait assurément pas acheté sa croix. Mais soupçonne-t-on à quel titre elle lui avait été décernée. C'était tout simplement pour *services éminents rendus comme médecin de l'octroi*. Et maintenant, jeunes médecins, consacrez-vous au culte de la science. Multipliez vos services à l'humanité. Ce n'est pas pour cela que vous serez décoré. Il vous faudra chercher des voies détournées pour arriver à être admis dans les rangs de la Légion. Soyez médecin d'octroi, adjoint au maire ou conseiller général, vous aurez des chances. Mais si vous vous contentez d'être seulement hommes de science pure : *racca*. Les rubans ne sont pas faits pour vos boutonnières.

***

Ce qu'on est convenu d'appeler le cadre pathologique s'enrichit tous les jours. Nos compatriotes n'y suffisant pas, nos voisins s'en mêlent.

Un otologiste d'Amsterdam (et des plus distingués d'ailleurs), M. Guye, vient de décrire une nouvelle entité morbide à laquelle il a donné le nom d'aprosexie.

Qu'est-ce que l'aprosexie ? Je me suis informé et l'on m'a appris que ce mot signifie *défaut d'attention*. On apprend tous les jours quelque chose. Hier je connaissais le *défaut d'attention*, aujourd'hui je puis désigner ce défaut en un seul mot. Quel progrès !

Heureusement M. Guye a fait mieux que de créer le mot. Il a mis au jour quelques-unes des causes de cette difformité intellec-

nétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané, et de là dans le sang, on devait se demander s'il n'y avait pas à craindre de la part de la solvine une action délétère s'exerçant sur les éléments organisés.

Pour élucider cette question, M. Kobert a fait d'abord des expériences *in vitro*, sur du sang défibriné dilué dans vingt fois son poids d'une solution de chlorure de sodium (au titre physiologique). Il a constaté ainsi que la solvine dissout instantanément et en totalité les globules rouges, quand elle est additionnée à la masse dans la proportion de 1/2000mm; le même résultat est obtenu au bout de cinq heures de contact, lorsque la solvine est ajoutée dans la proportion de 1 p. 5000, alors que les globules rouges restaient intacts dans des échantillons de contrôle. On peut suivre *de visu* cette dissolution des hématies, opérée par la solvine, en déposant sur le porte-objet d'un microscope une gouttelette de sang non dilué et en plaçant dans son voisinage immédiat un peu de solvine. M. Kobert a pu se convaincre que cette action dissolvante appartient en propre à l'éther sulforicinoléique contenu dans la solvine.

Cet éther sulforicinoléique agit sur l'organisme de la grenouille à la manière d'un poison énergique, dont l'action délétère, paralysatrice, s'exerce directement sur le cerveau, la moelle, sur le muscle cardiaque et ses ganglions, sur les muscles en général.

Chez les animaux à sang chaud (chiens, entre autres), la solvine injectée directement dans une petite veine d'un membre, à la dose de 1/17e de gramme par kilogramme de poids corporel, développe un empoisonnement grave qui, fait remarquer M. Kobert, n'est comparable qu'à l'empoisonnement causé par les substances du groupe de la saponine.

De tout cela, M. Kobert conclut « que la solvine Müller-Jacob ne devra être introduite dans la pratique qu'avec une grande prudence ».

VII. M. von Mering part de cette opinion, professée par un grand nombre de pharmacologistes, que l'huile de foie de morue, en tant que médicament-aliment, est redevable de sa supériorité sur les autres huiles grasses à sa grande richesse en acide oléique. Dans des échantillons d'huile de foie de morue *blanche*, qu'il a analysés, il a trouvé des proportions d'acide oléique variant de 0,18 0/0 à 0,71 0/0, et, dans les échantillons d'huile de foie de morue *brune*, ces proportions variaient de 2,54 0/0 à 5,07 0/0. Ces résultats concordent avec ce que l'on sait de la valeur thérapeutique des huiles de foie de morue brune et blanche, valeur qui est plus considérable pour les premières que pour les secondes. S'inspirant de ces notions et de ces résultats, pour tâcher de découvrir un succédané de l'huile de foie de morue, moins répugnant au goût et à l'odorat que cette dernière, M. von Mering a fait des essais avec des mélanges en proportions variables d'huile d'olives et d'acide oléique. Son choix s'est arrêté finalement à un mélange contenant six parties d'acide oléique pour cent parties d'huile. C'est ce mélange qu'on trouve actuellement dans le commerce de la droguerie allemande sous le nom de lipanine, c'est lui que M. von Mering préconise comme succédané de l'huile de foie de morue. Voici les avantages que l'auteur attribue à cette drogue :

La lipanine a un goût qui n'est pas désagréable, et elle est d'une digestibilité très grande. Celle-ci est vraisemblablement en rapport avec le pouvoir émulsif considérable de la lipanine. Quand on dépose quelques gouttes de cette dernière dans un tube à réactif, qui renferme une solution de bicarbonate de soude de même réaction alcaline que le contenu de l'intestin, il suffit d'agiter un peu le tube, après avoir bouché l'ouverture libre avec le pouce, pour voir le contenu se transformer en une masse laiteuse. L'émulsion ainsi obtenue se conserve pendant des jours. En substituant à la lipanine de l'huile d'olives fraîche, on obtient également une émulsion, mais qui se maintient pendant quelques heures au plus.

Quand la lipanine, introduite dans les voies digestives, pénètre dans l'intestin, l'acide oléique se saponifie au contact des alcalis de la bile et du suc pancréatique. Or, le savon est le principe émulsionnant par excellence. La lipanine trouve ainsi les conditions les plus favorables à une résorption rapide ; cet émulsionnement et cette résorption de la matière grasse qui constitue en majeure partie la lipanine s'effectuent sans fatigue aucune pour l'intestin. C'est ce qui explique pourquoi on peut prolonger fort longtemps l'administration de la lipanine à hautes doses, sans troubler les fonctions digestives et sans avoir à craindre que le médicament soit rejeté en grande partie avec les matières fécales. Voici, d'ailleurs, les renseignements que donne M. von Mering sur les pre-

---

tuelle : « L'aprosexie, dans les cas cités par Guye, paraît due à une obstruction plus ou moins grande des fosses nasales, laquelle force le patient à respirer par la bouche ce qui donne à la face une expression peu intelligente, comme nous le savons tous. Voici les cas rapportés par le savant amsterdamois. Le premier est celui d'un jeune garçon, hors d'état de respirer par le nez, et aussi d'apprendre quoi que ce soit. Guye lui extirpe de grosses tumeurs adénoïdes des fosses nasales, et voilà un enfant qui, en huit jours, sait tout son alphabet, alors qu'à la date de l'opération il n'en connaissait que les trois premières lettres. Le second cas concerne un homme de vingt ans, qui depuis huit ans, a des bourdonnements d'oreilles et éprouve des vertiges dès qu'il travaille. Même opération, et le travail mental devient facile et profitable. Le troisième cas est celui d'un étudiant en médecine présentant des symptômes analogues. La guérison s'obtient par le même procédé.» N'est-ce pas vraiment merveilleux ?

M. Guye explique l'influence de ces troubles dans les fonctions du nez sur l'accomplissement des fonctions cérébrales en « supposant qu'ils empêchent la lymphe cérébrale de circuler librement, d'où la création de conditions défavorables pour le cerveau. C'est par des troubles analogues qu'on expliquerait certains maux de tête, et c'est par la même opération qu'il les a traités avec succès. Guye, ajoute la Revue scientifique (no du 14 janvier), croit à des aprosexies partielles se référant à des études différentes. Il en a observé une qui était limité aux mathématiques (!) »

*
* *

Quittons le nez, passons à la bouche. Vous tous qui me lisez, vous ignorez probablement, comme je l'ignorais moi-même il y a peu de temps, à quels caractères vous pouvez distinguer le tapioca naturel de celui qui ne l'est pas, de celui qui est *mélangé de fécule et d'amidon*.

Apprenez donc que le tapioca impur « *donne les résultats suivants :* Liquide clair, fumet aigre, goût ondulé, peu de perles gélatineuses à l'aspect ».

Je suis fort heureux de pouvoir fournir les éléments du diagnostic. Que si vous voulez que je vous dise en quoi on distingue le *goût ondulé* de celui qui n'est pas ondulé, je continuerai, je l'avoue, à rester perplexe... et muet.

Dr Peter-Paul Somans.

miers essais de thérapeutique clinique qu'il a faits avec la lipanine :

En l'espace de six mois, il a fait prendre de cette préparation à une quarantaine de malades, dont une trentaine d'enfants. Tous ont ingéré la lipanine sans répugnance et l'ont très bien supportée. L'ingestion du remède n'a jamais occasionné des nausées, des vomissements, de la diarrhée, comme il arrive souvent à la suite de l'ingestion de l'huile de foie de morue. La plupart des enfants qui ont fait l'objet de ces expériences étaient scrofuleux (forme éréthique) ou rachitiques. La dose était de une à quatre cuillerées à thé, suivant l'âge des enfants ; la durée de l'expérience oscillait entre six et douze semaines. Le résultat s'est traduit par une augmentation du poids corporel et par une amélioration de l'état général. Des malades adultes quatre étaient des phtisiques, et les dix autres des diabétiques ; on leur a fait prendre chaque jour, pendant plusieurs mois, de deux à six cuillerées de lipanine. Sous l'influence de ce traitement, ils ont engraissé, augmenté de poids et gagné en forces. Il a été noté que chez les diabétiques, même chez ceux qui étaient affectés de la forme grave du diabète, la glycosurie n'a pas augmenté dans le cours du traitement. D'autre part, les premiers essais thérapeutiques faits avec la lipanine remontant au mois de juillet dernier, M. von Mering a pu se convaincre que l'usage de cette préparation était très bien toléré pendant les fortes chaleurs de l'été.

L'auteur annonce, en terminant, que la lipanine a été mise en expérience chez un grand nombre d'enfants malades du service du professeur Kobts, et que les résulats satisfaisants obtenus par ce dernier feront l'objet d'une publication prochaine.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LES BLESSURES PRODUITES PAR LES ACCIDENTS DE CHEMINS DE FER, par le docteur CH. VIBERT (1).

Sous ce titre, le docteur Vibert expose le résultat de ses observations et des expertises qu'il a faites, en sa qualité de médecin légiste, devant les tribunaux.

Il étudie d'abord l'évolution des blessures produites à la suite d'accidents de chemins de fer, avec l'exposé des cas de mort et de blessures qu'il a observés à la suite de l'accident de Charenton.

M. Vibert a vu que, parmi les dix-huit personnes tuées sur le coup à Charenton, il y en avait cinq qui n'avaient ni plaies ni fractures, ou autres lésions appréciables, par l'examen extérieur. Ceux-là présentaient une particularité, que l'on remarque parfois chez certains asphyxiés, un pointillé hémorrhagique très abondant et très serré occupant la totalité ou une partie de la moitié supérieure du corps : tête, cou, thorax, épaules.

Sur les cadavres où l'on pouvait constater directement des fractures du crâne ou de vastes plaies de tête, on trouvait aussi le pointillé hémorrhagique. L'auteur pense donc que ce phénomène est sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux, probablement du bulbe.

(1) Paris, librairie J.-B. Baillière, 1888.

L'évolution des fractures et des plaies n'a rien présenté de particulier dans les observations citées. C'est là un fait connu par les médecins de chemins de fer, que les amputations, *faites en dehors de la période de dépression*, que les plaies guérissent souvent régulièrement.

Nous aurions désiré que M. Vibert indiquât la gravité du choc traumatique et du danger des interventions dans ces cas, le retentissement sur les tissus souvent très éloignés des blessures par accidents de chemins de fer.

Les troubles de la santé générale, sans relation directe avec les blessures, et particulièrement les troubles du système nerveux (insomnie, tremblement, hébétude, etc.), sont étudiés avec un grand soin.

Dans les observations citées, nous voyons qu'aux troubles purement nerveux se joignent, chez la plupart des blessés, d'autres désordres de la santé, sous la dépendance probable de l'émotion, de l'influence réflexe des blessures et aussi de l'ébranlement physique imprimé à tout l'organisme.

Du côté du tube digestif, divers troubles dyspeptiques ; du côté du cœur et des poumons, de l'oppression, des palpitations. Enfin, dans quelques cas, un état de faiblesse, de dépression, de cachexie, disproportionné avec les lésions observées.

Le chapitre : Lésions et troubles fonctionnels de l'estomac ne contient que des faits connus.

M. Vibert cite un certain nombre d'observations de *troubles cérébraux* à la suite d'accidents de chemins de fer. Dans quelques cas, on retrouve les signes de la commotion cérébrale classique. D'autres fois, et plus fréquemment, il n'y a pas eu de perte complète de connaissance après l'accident ; il se produit bientôt un état d'hébétude, de demi-inconscience Cet état disparaît quelquefois presque complètement en quelques jours, et ce n'est qu'après plusieurs semaines que l'on voit apparaître les troubles cérébraux, d'abord légers, mais qui augmentent graduellement et lentement.

M. Vibert a vu que cette période de guérison apparente faisait souvent défaut. A partir du jour même de l'accident, le blessé souffrait de céphalalgie plus ou moins violente, de vertiges, d'insomnie, les idées étaient un peu confuses, tout effort intellectuel pénible, et déjà, au bout d'une quinzaine de jours, on notait des troubles très manifestes de l'intelligence, sans qu'il fut possible de préciser à quel moment ceux-ci étaient devenus bien réels.

L'auteur étudie :

1° Les troubles des diverses manifestations intellectuelles : diminution de la mémoire, perte de l'attention, changement dans le caractère.

A ces troubles, se joignent fréquemment de la céphalalgie, de l'insomnie, des vertiges, du délire, et même de véritables accès de manie.

2° Les troubles des organes des sens : bourdonnements, sifflements d'oreille, photophobie, paresse de l'accomodation ; rarement des troubles du goût et de l'odorat.

3° Les troubles de la sensibilité générale et de la motilité : fourmillements, engourdissements, tremblements intermittents, contractures, diminution de la force musculaire, avec troubles de la marche. Il est difficile, dans ces cas, de distinguer quelle part revient aux lésions qui peuvent exister simultanément dans la moelle épinière et à l'affaiblissement général des forces.

4° Les troubles de la santé générale : faiblesse, fatigue,

véritable cachexie avec amaigrissement, palpitations, oppressions, diminution des fonctions génitales.

M. Vibert croit (son opinion n'est basée sur aucune autopsie) à l'existence de lésions matérielles comme cause des troubles cérébraux à la suite des accidents. C'est là l'idée ancienne soutenue par Erichsen.

La description des troubles encéphaliques indiquée par M. Vibert concorde avec celle donnée par des auteurs et particulièrement par Erichsen, et plus récemment dans la séance du 16 janvier de la Société de médecine interne de Berlin, par H. Oppenheim.

Nous avons vainement cherché dans le mémoire de M. Vibert l'indication des observations et des théories de Charcot, Erb, Leyden, Westphal, Ringler, Moeli, Walton, Bodenheim, sur ce sujet. Ces auteurs ont fait ressortir l'absence de lésions organiques, et, avec Charcot, ils admettent l'origine hystérique des troubles notés. Ils démontrent que les blessés, avant l'accident, étaient névropathiques, hystériques ou alcooliques.

Le pronostic des troubles cérébraux, dans les observations citées par M. Vibert, est généralement grave, et de là la réserve imposée au médecin légiste, qui ne doit se prononcer qu'après un examen porté sur une longue observation de plusieure mois

Quelques cas peuvent cependant être considérés sane hésition et de prime abord comme mauvais. Ce sont ceux où les symptômes sont très accentués, où les troubles des fonctions centrales sont à la fois multiplee et profondes. Dans d'autres cas, les symptômes sont moine nets et moine graves, bien qu'ils ee prolongent anormalement.

On ne peut que très difficilement savoir si l'on est en présence d'une lésion encéphalique évoluant lentement et silencieusement, ou bien s'il s'agit d'individus chez lesquels la violente émotion ressentie au moment de l'accident, jointe à un ébranlement encéphalique non accompagné de lésions métérielles, ont peut être, en raison d'une prédisposition antérieure, amené ces manifestations cérébrales, dont la guérison définitive peut encore être obtenue.

Les simulations seront facilement découvertes, si l'on se souvient de la symptomatologie caractéristique de ces accidents; les accès de désespoir, l'expression morne, les mouvements fibrillaires des lèvres, le tremblement, sont difficiles à reproduire.

M. Vibert fait remarquer avec raison que le médecin légiste doit s'entourer de toutes les précautions pour ne pas être trompé, et l'interrogatoire doit être conduit de façon à ne pas suggérer au plaignant des réponses aux questions posées.

L'exagération est plus difficile à reconnaître; une étude patiente du malade, une enquête minutieuse sont nécessaires.

M. Vibert donne un criterium important permettant d'éviter l'erreur : une proportion marquée entre les troubles intellectuels, symptômes subjectifs et ceux objectifs, désordres de la santé générale. Si les troubles intellectuels sont très accusés, ceux de la santé générale étant très légers ou nuls, on peut, d'après l'auteur, affirmer l'exagération.

Dans le chapitre VI, *Troubles fonctionnels de la moelle épinière*, l'auteur décrit, d'après Erichsen, les troubles succédant à des commotions ou à des contusions de la moelle épinière, troubles de la sensibilité, de la motilité, raideur du rachis, des fonctions générales et de la vessie.

Les troubles de la sensibilité constituent un des symptômes les plus constants et les plus accusés. A une période avancée, on observe des contractures et de l'atrophie des muscles.

On retrouve, dans cet exposé, un certain nombre de symptômes étudiés au chapitre *Troubles cérébraux*, la localisation, dans un très grand nombre de faits, étant très difficile. Il existe aussi à la fois, dans quelques cas, lésion centrale et medullaire, et extension (Erichsen) de l'inflammation de la moelle au cerveau.

M. Vibert fait suivre son mémoire des observatione qui ont servi de base à son travail. Nous croyons que notre confrère aurait pu trouver, dans les recueils français ou étrangers, ou en s'adressant aux médecins de chemins de fer, un plus grand nombre de faite, qui lui auraient permis de développer son étude et de combler quelques lacunes.

Malgré ces *desiderata*, le livre de M. Vibert rendra de grands services en attirant l'attention sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer et en donnant aux médecins experts, et au personnel médical des voies ferrées, un guide précieux dans l'accomplissement de leurs difficiles fonctions.

P. Redard.

BULLETIN

Inconstance du microbe de la fièvre jaune. — Le microbe de la malaria dans des abcès froids d'origine paludéenne. — Intoxication par l'antipyrine. — Rapports entre l'anatomie de développement et l'anatomie pathologique dans la pathogénie de la myopathie progressive primitive. — Relations de la diphthérie des animaux avec celle de l'homme. — La médecine thermale devant la Société de chirurgie.

Il y aura bientôt un an que, dans deux communications adressées à l'Académie des sciences, MM. Paul Gibier, Domingos Freire et Rébourgeon, disaient avoir trouvé dans le sang, les matières vomies, les urines d'individus atteints de fièvre jaune, un microbe spécial, qu'ils avaient cultivé, dont ils avaient atténué la virulence par dee cultures successives, ce qui leur avait permis de pratiquer l'inoculation préventive chez un grand nombre d'individus. Des statistiques ultérieures semblaient démontrer les bons effets de cette inoculation.

M. Paul Gibier a depuis lors entrepris de nouvelles recherches dont il vient de communiquer les résultats à l'Académie des sciences, et ces résultats infirment ceux qu'il avait précédemment obtenus. Plus de microbes, en effet, ni dans le sang ni dans les urines des malades atteints de fièvre jaune; partant, sans doute, plus de cultures, plus d'atténuation du microbe virulent, plus d'inoculation préventive. Qu'est devenu le microbe? Quelle est la raison de son inconstance? C'est ce que M. Gibier ne dit pas.

— Une compensation au départ de ce microbe serait donnée aux habitants de Rio-de-Janeiro par le microbe de la malaria, que M. Saboïa a trouvé dans des abcès froids survenus à la suite de fièvres paludéennes. Une femme de 34 ans, en pleine convalescence de fièvre palustre, n'a pas présenté moins de 28 abcès, développés sans rougeur, sans fièvre, sans réaction, en différentes régions, mais presque toujours sous la peau. Le pus de ces abcès contenait le microbe en question, qu'on ne retrouvait pas dans le sang.

M. Saboïa dit que ce microbe était en tout semblable à celui

que les auteurs italiens ont décrit comme étant l'agent spécifique de la malaria. Mais, malgré les recherches faites en Italie et celles de M. Laveran en France, le microbe de la malaria est encore fort discuté. En dehors de toute inoculation démonstrative, la spécificité de celui qu'a isolé M. Saboïa ne saurait donc être admise, et les faits que cet honorable confrère a communiqués à la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE montrent simplement que, en dehors de la tuberculose, et sous l'influence d'une maladie infectieuse, il peut se développer des abcès froids.

— L'antipyrine est le médicament à la mode : c'est dire que l'usage qu'on en fait touche de près à l'abus. Il n'est donc pas mauvais qu'on sache que cet abus a des inconvénients et que, à l'exemple de toutes les substances actives, l'antipyrine, soit à forte dose, soit administrée d'une manière inopportune, peut donner lieu à des phénomènes d'intoxication. C'est ce qui ressort de la communication de M. Ball à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Il est bon aussi qu'on sache que les accidents consécutifs à l'administration de l'antipyrine, éruptions érythémateuses, troubles nerveux, troubles gastriques, etc., tiennent souvent à l'impureté du médicament.

— La myopathie progressive primitive, indépendante de toute lésion des centres nerveux, n'affecte pas également tous les muscles. Sous quelque forme qu'elle se présente, elle paraît se localiser sur certains muscles, toujours les mêmes, de préférence aux autres. C'est ainsi qu'elle atteint plus particulièrement, à la face, l'orbiculaire des lèvres et celui des yeux ; aux membres supérieurs et au tronc, le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur, les pectoraux, le grand dorsal, le trapèze (portion adductrice) le grand dentelé, le rhomboïde ; aux membres inférieurs, le triceps crural, le tibial antérieur. Dans un intéressant travail communiqué à la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, MM. Babinski et Onanoff divisent, à ce point de vue, les muscles en trois catégories : muscles *prédisposés*, muscles *réfractaires*, muscles *intermédiaires*. Parmi les *réfractaires*, on peut citer les muscles masticateurs et les muscles moteurs du pavillon de l'oreille, les fléchisseurs des doigts, le triceps sural, etc.

Quelle est la cause de cette différence de prédisposition des muscles ? Comme la myopathie primitive est une maladie systématique et héréditaire, on est autorisé à penser qu'elle existe en germe dans la vie fœtale, et que la participation inégale des muscles à la maladie doit avoir des rapports plus ou moins étroits avec le développements de ces muscles. Telle est la pensé qui a inspiré et dirigé les recherches de MM. Babinski et Onanoff. Sur des fœtus de cinq mois environ, ils ont étudié, à l'aide du microscope, le degré de développement des divers muscles, et ils sont arrivés à cette conclusion que les muscles les plus développés sont précisément ceux qui paraissent le plus prédisposés à la myopathie primitive. Il existe ainsi, pour le système musculaire, comme pour le système nerveux ceutral, un lien, une relation étroite entre l'anatomie du développement et l'anatomie pathologique.

— Des faits nombreux de transmission de la diphthérie des animaux à l'homme ont été produits, et, si quelques-uns ont pu inspirer des doutes légitimes, il en est d'autres dont la réalité paraît indiscutable. M. Delthil vient d'en soumettre plusieurs de ce dernier genre à la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE. Dans le premier de ces faits, on voit une vieille dame, très soigneuse de sa basse-cour, se blesser légèrement au vagin en introduisant un pessaire, au moment où une épidémie de diphthérie décimait ses volailles. Elle est atteinte de diphthérie vaginale et succombe à l'infection générale, sans avoir présenté aucune manifestation pharyngienne de la maladie, ce qui n'empêcha pas son fils, son petit-fils, la nourrice et une garde-malade, d'être atteints consécutivement d'angine manifestement diphthérique.

Dans les autres cas, ce sont surtout des enfants qui ont contracté la diphthérie en jouant avec des poulets, des pigeons, des lapins atteints de la maladie. Les praticiens de la campagne doivent toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une semblable contagion.

— Il s'est produit, dans l'avant-dernière séance de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, un incident regrettable, qu'on ne saurait laisser passer sans protester au nom de la dignité d'une fraction honorable du corps médical et des égards dus à tout travailleur consciencieux.

M. le docteur Grimaux (de Baréges) avait adressé à la Société de chirurgie un travail basé sur quarante cas de tuberculose osseuse traités à Baréges, dont six avaient guéri. Comme conclusion, notre confrère appelait l'attention des chirurgiens sur les avantages du traitement général, en particulier de la médication sulfureuse, dans la tuberculose des os.

M. Grimaux est un médecin des plus honorables et des plus estimés. Le rapporteur de son mémoire s'est plu à reconnaître que ce travail était sérieux, que les observations qu'il contenait avaient été prises avec soin. Il a cité lui-même, à l'appui de ces observations, un cas qui lui est personnel, et dans lequel les eaux de Baréges ont guéri une tuberculose du tibia jusque-là réfractaire à tout autre traitement.

Dans un mémoire récent sur « *le Traitement post-opératoire chez les tuberculeux* », M. Verneuil déclare que la médecine opératoire *seule* est presque toujours impuissante à guérir radicalement les tuberculoses locales et préconise, comme bien plus puissante, l'action des milieux curatifs ou thérapeutiques, tels que les plages maritimes, les forêts résineuses, les *thermes sulfureux* ou arsenicaux, etc.

Le travail de M. Grimaux n'en a pas moins été considéré, par deux membres de la Société, comme une pure réclame, et, ce qu'il y a de plus grave, étendant ce jugement un peu sommaire à tous les travaux émanés des stations thermales, ils ont frappé gratuitement de discrédit tout un groupe, toute une fraction du Corps médical.

Si de pareils procédés pouvaient être acceptés, il n'est pas une seule branche de la médecine qui pourrait se mettre à l'abri du soupçon d'industrialisme. Il serait interdit à tout médecin, si haut placé fût-il, de faire connaître les résultats heureux de tel médicament, de telle médication, et, lorsqu'un chirurgien viendrait à une tribune démontrer, par des statistiques, la supériorité des méthodes opératoires qu'il aurait inventées ou perfectionnées, on lui répondrait avec la même raison par le mot : *réclame*. Tout progrès de la pratique médico-chirurgicale serait ainsi enrayé ; en même temps sombreraient les sentiments d'urbanité qui font le charme des relations confraternelles et concourent à la dignité de la profession.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté s'est occupé des difficultés et des inconvénients que peut présenter le remplacement momentané, souvent tout à fait imprévu, des titulaires des chaires *spéciales* par les agrégés qui, dans l'organisation actuelle, ne sont nullement tenus de s'être spécialisés à l'avance. Une commission a été nommée en vue d'étudier un système qui permettrait de combler cette lacune et d'avoir, en cas de besoin, des agrégés déjà préparés à tel ou tel enseignement *spécial*, au plus grand profit des élèves. Cette commission se compose de MM. Bronardel, Le Fort, Jaccoud, Grancher, Damaschino.

— Un incendie s'était déclaré le mardi 7 février, vers 7 heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre des cours de la Faculté et en avait détruit à peu près le tiers. Le feu a été occasionné par le calorifère dont les tuyaux passent sous l'amphithéâtre, tout près des poutres qui soutiennent les gradins des élèves. Les réparations ont été menées assez rapidement pour que les cours aient pu recommencer dans le grand amphithéâtre jeudi dernier.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La Société centrale a tenu son assemblée annuelle le dimanche 5 février, sous la présidence de M. Lannelongue. Après une allocution vivement applaudie du président, le secrétaire, M. Piygeo, a lu son rapport sur la situation de la société. Celle-ci a perdu 23 membres, parmi lesquels Béclard, Bernutz, Foville, Gallard, Giraud-Teulon, Gosselin, Vulpian, etc. 50 admissions nouvelles sont venus combler les vides, sans faire oublier les hommes généreux et dévoués qui ont bien mérité de l'Association.

M. Brun a fait connaître ensuite l'état des finances. Le total des recettes en 1887 a été de 18.174 fr., dont 14.783 fr. pour admissions et cotisations, 2.385 fr. pour intérêts à 4 1/2 p. 100 de la réserve de la société, s'élevant à 53.000 fr., le reste constitué par des dons.

Outre les dépenses habituelles (frais d'administration, versement statutaire à la caisse des pensions viagères, etc.), la commission administrative a distribué 6.635 fr. de secours à 46 personnos, dont 5 sociétaires, 18 veuves de sociétaires et 23 médecins ou veuves de médecins étrangers à l'Association.

Trois sociétaires, inscrits sur la liste des pensions viagères servies par l'Association générale, reçoivent une pension annuelle de 600 fr.

L'Association ne s'enrichit pas seulement du produit des cotisations de ses membres; elle trouve un élément important de sa fortune dans les dons et les legs qu'elle reçoit. Parmi les donateurs qui ont prêché d'exemple en 1887, il est juste de citer le président de l'Association générale, M Henri Roger, M. Ricord, M. Marjolin.

CONGRÈS. — Le septième Congrès des médecins allemands se réunira à Wiesbaden du 9 au 12 avril, sous la présidence du professeur Leube (Wurzbourg). Les communications suivantes sont annoncées : les maladies chroniques des parois du cœur et leur traitement, par Oertel (Munich) et Lichteim (Berne); l'alcool comme médicament, par Binz (Berne) et Jaksch (Graz); prévention et traitement du choléra asiatique, par Cantani (Naples) et Pfeiffer (Wiesbaden); le cœur mobile, par Rumpf (Bonn); recherches expérimentales sur le mécanisme de la transpiration, par Unverricht (Iéna); sur la dégénération combinée de la moelle, par Adam-Kiewicz (Cracovie); contributions expérimentales à la diététique des troubles digestifs, par Yaworski (Cracovie); traitement de la maladie de Basedow et diagnostic des tumeurs rénales, par Stiller (Pesth); excrétion et dissolution de l'acide urique, par Pfeiffer (Wiesbaden); pathogénie de l'attaque épileptique, par Biswanger (Iéna); septico-pyémie cryptogénétique, par Jurgensen (Tubingen).

— Le 17e congrès de la Société allemande de chirurgie se réunira à Berlin du 4 au 7 avril.

— Le 7e Congrès international de chimie et de pharmacie doit se réunir à Milan au mois de septembre prochain. Il est à souhaiter que ce Congrès réussisse mieux que le dernier Congrès de Bruxelles à arracher un plus grand nombre de chimistes et de pharmaciens à une apathie blâmable.

LE PÈLERINAGE DE LA MECQUE EN 1887. — D'après un rapport de M. Mahé, médecin sanitaire français à Constantinople, sur le pèlerinage de la Mecque en 1887, ce pèlerinage a réuni environ 90,000 mahométants aux lieux saints de l'Islam. Sur ce nombre on a eu, en quinze jours, 605 morts connues, mais le chiffre réel est très probablement double ou même triple.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

1o La station de Camaran, définitivement organisée en 1882 pour servir de lieu de déharquement et d'observations pour les musulmans venant de l'océan Indien dans la mer Rouge, permet de contrôler leur état de santé, en même temps qu'elle constitue pour les passagers débilités par le voyage une étape de repos. Elle paraît avoir contribué à la cessation de l'importation du choléra au Hedjaz depuis quatre années consécutives; mais il serait imprudent de s'imaginer que tout danger est conjuré pour l'avenir. Comme toutes les stations d'isolement de l'empire ottoman, Camaran (et aussi Djeddah) ne possède pas encore les moyens convenables d'assainissement et de désinfection en cas de besoin.

2o La salubrité du pèlerinage de la Mecque ne paraît pas pouvoir être assurée convenablement tant que l'accès du pèlerinage sera interdit aux chrétiens.

3o Un des plus grands dangers de ce pèlerinage est le nombre extraordinaire des pèlerins pauvres provenant de l'Inde anglaise, ainsi que l'encombrement et la mauvaise hygiène des navires à pèlerins. Le nouveau règlement élaboré en ce moment au Conseil de santé de Constantinople aura pour principal objectif de faire disparaître le plus gros de ces dangers.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Bitot, ancien professeur d'anatomie à l'Ecole secondaire de médecine de Bordeaux, vient de succomber dans cette ville à l'âge de 66 ans. Lors de la transformation de l'Ecole secondaire en Faculté, M. Bitot fut nommé professeur honoraire, conservateur du musée anatomique et chargé d'un cours de clinique chirurgicale des maladies des enfants. On lui doit des études intéressantes sur le cerveau et la protubérance.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Z. Perrin (de Lyon).

∴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté a procédé au vote sur les candidatures à la chaire de pathologie expérimentale et comparée. La liste de présentation avait été ainsi dressée :

En première ligne, M. Straus ;

En deuxième ligne, M. Hanot.

M. Straus a été désigné en première ligne par 25 voix sur 25 votants, et M. Hanot en deuxième ligne, par 24 voix et un bulletin blanc.

— L'épreuve, dite des pièces sèches, sera dorénavant supprimée dans le concours du prosectorat de la Faculté, et remplacée par une épreuve de dissection extemporanée.

— Les cours du semestre d'été commenceront le 15 mars.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Gouilloux est nommé aide de clinique des maladies des femmes, en remplacement de M. Jnbin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. le docteur Devic est nommé aide de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Brizard, dont le temps d'exercice est expiré.—M. Conrmont, interne des hôpitaux, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire de médecine expérimentale, en remplacement de M. Gaillard, démissionnaire.

***

École de plein exercice de Toulouse. — M. Ripoll, professeur de clinique chirurgicale, est nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Bézy est nommé chef de clinique médicale. — M. le docteur Chabaud est nommé chef de clinique chirurgicale.

École de médecine de Tours. — M. le docteur Ledouble, suppléant, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Giraudet, décédé.

École de médecine de Besançon. — M. Saillard, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Chenevier, démissionnaire et nommé directeur honoraire.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Bourgade de la Dardye, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne.

M. Dourif, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale.

***

Concours. — Le lundi 12 mars 1888, à 1 h. précise un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berk-sur-Mer sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, 2.

Le registre d'inscription restera ouvert de 11 h. à 3 h., depuis le lundi 13 février 1888, jusqu'au lundi 27 du même mois.

— Un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira le 8 mai 1888. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux.

— Des concours seront ouverts aux dates suivantes, pour deux emplois, savoir :

1o Le 3 novembre 1888, à la Faculté de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École de médecine et de pharmacie de Caen.

2o Le 15 juin 1888, à l'École de médecine et de pharmacie de Caen, pour un emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— Un concours s'ouvrira le 1er août 1888, à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

***

Recrutement des médecins-adjoints des asiles d'aliénés par le concours. — Le Conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance a adopté les conclusions d'un rapport de M. A. Regnard, établissant le concours pour le recrutement des médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

Ce concours aura lieu par circonscriptions régionales qui auront pour chefs-lieux certaines villes possédant des Facultés ou des Écoles prépatoires de médecine. Le département de la Seine formera une région, avec l'adjonction des seuls asiles de Clermont et d'Evreux. Le concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à deux vacances. Les épreuves comprendront une question écrite, éliminatoire dans le cas où le nombre des candidats dépassera trois pour une place, et une question orale. Il sera tenu compte des travaux antérieurs des condidats.

***

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Par décret en date du 2 février 1888, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris : MM. le docteur Navarre, conseiller municipal de Paris ; Blonet, membre de la chambre de commerce ; Thuillier, administrateur du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement ; le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, pris en dehors de toute catégorie ; Risler, chimiste, maire du VIIe arrondissement, pris en dehors de toute catégorie ; Bernheim, avoué à la Cour d'appel, pris en dehors de toute catégorie.

***

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecins-majors de première classe : MM. les médecins de première classe de la marine en retraite : Latiérel Lenoir, Morani, Fouque, Antoine.

— Par décret, en date du 10 février 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe.—MM. les docteurs Courbet, Grimodie, Amiel, Hamon, Lavergne, Richard, Crouzefeyte, Rayneau, Barrault, Laville, Joliot et Delbecq.

***

Médecine navale. — Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, a décerné :

1o Le prix de médecine navale, pour l'année 1887, à M. le médecin de première classe Tissot, du port de Toulon, pour son mémoire sur la campagne du *Hussard* (Tunisie, Levant, Mer des Indes, 1885-1887).

2o Une mention honorable à M. le médecin de première classe Randon, pour son rapport sur la campagne de la *Clorinde* (Terre-Neuve, 1887).

Le ministre a, en outre, accordé des témoignages officiels de satisfaction à :

1o MM. les médecins de première classe Cognes, pour son travail sur la campagne du *Vaudreuil* (Mer des Indes, 1885-1887) ; Hénaff, pour son mémoire sur la campagne du *Nielly* (Mer des Indes, 1885-1887); Sollaud, pour son rapport sur le service médical du 1er régiment d'infanterie de marine (1887) ; Maget, pour son rapport sur la campagne de l'*Iphigénie* (1887) ; Clarac, pour son mémoire sur la fièvre bilieuse inflammatoire (1887) ; H.-M.-V. Hervé, pour son rapport sur le voyage de circumnavigation du transport le *Fontenoy* (1886-1887) ;

2o MM. les médecins de deuxième classe Marestang, pour son mémoire sur l'île Saint-Barthélemy (1887) ; Layet, pour son travail intitulé : « Campagne de l'*Ardent*, côtes occidentales d'Afrique » (1886-1887).

***

Distinctions honorifiques. — Le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner des médailles d'honneur, en vermeil, aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de la suette miliaire qui a sévi dans le département de la Vienne pendant l'année 1887 : MM. les docteurs Augry-Laudonnière, Lauradour-Pontei, (de l'Isle-en-Jourdain), Chabrier, Taffôrin (d'Availles-Limouzine), Guillaud-Vallée (de Civray), Jourdanne (de la Trémouille), Litardière, L. Thiaudière (de Lussac), Marsat (de Lathus), A. Thiaudière (d'Adriers).

ASSOCIATION DES ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — MM. les anciens internes sont priés de faire connaître, à la salle de garde de Sainte-Anne, leur adresse exacte.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE DE PROTECTION POUR L'ENFANCE ABANDONNÉE OU COUPABLE. — Cette société tiendra son Assemblée générale annuelle le dimanche 26 février 1888, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Georges Bonjean.

Ordre du jour : 1o Compte-rendu moral; 2o Compte-rendu financier; 3 Elections.

Fanfare et piquet d'honneur de l'Ecole rurale Crozatier.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 5 AU SAMEDI 11 FÉVRIER 1888

Fièvre typhoïde 9.—Variole 13.— Rougeole 13.— Scarlatine 0. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 52. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 201.— Autres tuberculoses 29. — Tumeurs : Cancéreuses 69. — Autres 0. — Méningite 38. — Paralysie, Congestion et hémorrhagie cérébrales, Ramollissement cérébral 79.—Maladies organiques du cœur 69.— Bronchite aiguë 37: — Bronchite chronique 49. — Broncho-pneumonie 44.— Pneumonie 75 — Gastro-entérite : Sein 22. — Biberon 28. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 39. — Sénilité 40. — Suicides 9. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 242. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine: 1131 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Etude clinique de l'albuminurie diphthéritique et de sa valeur séméiologique, par le docteur Henry Barbier, ancien interne, lauréat des hôpitaux. — Paris, G. Steinheil, 1888.

Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie, par MM. Dujardin-Beaumetz et P. Yvon. Un vol. in-18 cartonné de 570 pages.—Prix : 4 francs.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Allaitement et hygiène des enfants nouveau-nés. — Couveuse et gavage, par MM. S. Tarnier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, J. Chantreuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et P. Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Charité (deuxième édition). — Paris, G. Steinheil, 1888.

Société des sciences médicales de Gannat.— Compte-rendu des travaux de l'année 1886-1887, 41e année. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Des anémies, physiologie et pathologie, par le docteur Ch. Lejard, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, imprimerie A. Lanier, 1888.

Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par J. Béchamp, professeur d'analyse chimique et de toxicologie à la Faculté libre de médecine de Lille. Un vol. in-8o de 258 pages.—Prix : 6 francs.—Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité clinique des maladies des pays chauds, par le docteur A. Corre. Un vol. grand in-8o de 870 pages, avec 50 figures dans le texte.—Prix : 15 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 8 25 FEVRIER 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

MÉDECINE OPÉRATOIRE

LE TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES, leçon de M. le professeur DUPLAY à la Faculté de médecine de Paris, recueillie par M. DELIGNY.

J'ai à vous parler aujourd'hui, Messieurs, des fistules vésico-vaginales; on appelle ainsi toute communication anormale entre la vessie et le vagin.

Parmi les fistules urinaires, la fistule vésico-vaginale est la plus commune; quelquefois pourtant, la communication se fait plus haut, c'est la fistule *vésico-utérine*. On peut encore rencontrer une communication intermédiaire, c'est la fistule *vésico-utéro-vaginale*, dans laquelle la communication se fait à la jonction du col utérin et du vagin.

Une quatrième variété est celle dans laquelle le vagin est en communication avec l'urèthre, c'est la fistule *vagino-uréthrale*.

Enfin, il y a encore deux autres variétés, dans lesquelles la déchirure uréthrale met l'urèthre en communication avec le vagin, ou avec l'utérus.

Nous nous occuperons surtout des fistules vésico-vaginales.

Généralement, elles sont la suite de l'accouchement, soit normal, mais difficile, soit avec des manœuvres faites par l'accoucheur.

Je dois aussi vous signaler, en passant, les fistules qui résultent d'un traumatisme autre que l'accouchement, enfin, les fistules succédant au ramollissement des tumeurs cancéreuses, que je vous cite seulement comme contre-indication opératoire.

Il y a des variétés nombreuses de fistules vésico-vaginales; j'ai fait représenter ici une fistule médiane, variété assez commune. La fistule peut exister aussi sur les côtés.

La forme de ces fistules varie; tantôt elles sont elliptiques, tantôt irrégulières. Souvent la muqueuse vésicale fait hernie, et cela se voit surtout dans la fistule médiane.

Cette hernie de la muqueuse vésicale est gênante pour l'opération, il faut alors introduire un instrument dans la vessie pour la soutenir. Le vagin est ordinairement normal; cependant, après l'accouchement, on peut le trouver bridé par du tissu cicatriciel, rétracté, et on est alors obligé de le dilater pour pouvoir opérer.

En passant, je vous signalerai, dans les fistules anciennes, la possibilité de lésions du rein, par extension de l'inflammation, fait qui explique certains accidents opératoires.

Le traitement de ces fistules varie suivant qu'elles sont récentes ou anciennes et ayant leurs bords cicatrisés.

Si la fistule est récente, de peu d'étendue, on peut, par un traitement très simple, en obtenir la guérison. Il faut placer une sonde à demeure pour faciliter l'écoulement de l'urine,

FEUILLETON

ÉLOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Suite. — Voir les numéros 53 (1887), 1, 5 et 6.

Il y a longtemps que toutes les critiques se sont tues devant l'évidence des faits proclamés par M. Bouillaud; or ces faits ne constituaient pas seulement un complément intéressant de l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, ils démontraient en outre l'origine presque constante des lésions organiques du cœur, et apprenaient enfin qu'en traitant les complications cardiaques aiguës du rhumatisme articulaire, on avait de grandes chances de prévenir les conséquences toujours fatales de ces complications, lorsqu'elles ont été méconnues.

Au reste, pour donner ici une juste idée de la haute portée de la découverte de M. Bouillaud, je ne saurais mieux faire que de rappeler dans quels termes la signalaient, en 1867, les auteurs du *Rapport sur les progrès de la médecine en France*, publié à l'occasion de l'Exposition universelle : « On citerait à peine, en ce siècle, disent-ils, après le *Traité de l'auscultation*, un fait égal en importance, au double point de vue doctrinal et pratique, à la démonstration de la coïncidence des affections inflammatoires du cœur avec le rhumatisme articulaire; l'endocardite connue, ce fut comme un coup de lumière pénétrant brusquement dans l'histoire, jusque-là si confuse, des maladies du cœur; causes et origines, symptômes et complications, tout apparut sous un jour nouveau. »

Ce jugement porté par deux professeurs éminents de la Faculté n'était que l'expression de l'opinion unanime du corps médical, et on peut dire, sans être taxé d'exagération, que le savant dont la découverte permet d'épargner à un grand nombre de ses semblables les cruelles souffrances, la longue et douloureuse agonie des affections chroniques du cœur, a bien mérité de la science et de l'humanité.

L'histoire de l'endopéricardite, après avoir été l'un des plus intéressants chapitres du *Traité du rhumatisme articulaire*, publié

puis faire de temps en temps de légères cautérisation avec le nitrate d'argent ou le thermo-cautère.

Ce traitement peut encore être employé dans les fistules un peu grandes, et je vous engage à l'essayer; vous pourrez tout au moins diminuer les dimensions de la fistule.

Quand la fistule est organisée, il y a deux manœuvres à faire : l'avivement et la suture.

Le procédé opératoire employé jadis a été modifié successivement et un immense progrès a été réalisé par les médecins américains. Il faut aussi citer, dans cet amphithéâtre, le nom de Jobert de Lamballe, qui avait imaginé un procédé opératoire très compliqué, mais avec lequel il a pu guérir des malades.

Je dois vous parler du traitement préparatoire. Souvent, après un accouchement difficile, les femmes sont anémiées, affaiblies, et on peut avoir un insuccès si on fait trop vite l'opération. Il faut relever la constitution détériorée, et opérer ensuite. Même quand la femme est en bon état de santé, il vaut mieux ne pas opérer tout de suite après l'accouchement, car la réussite est moins certaine; il vaut mieux attendre la fin de la période puerpérale, attendre deux ou trois mois que l'involution utérine soit achevée.

L'état local n'est pas moins important; il peut y avoir complication de vaginite, de brides cicatricielles, de catarrhe de la vessie, de rétrécissement de l'urèthre, etc., toutes affections qu'il faut faire disparaître et dont je n'ai pas à vous indiquer le traitement, qui a pour but de remettre les choses à l'état normal.

J'ai dit que, même depuis le procédé des Américains, il y avait eu de nombreux procédés opératoires; celui que je vais décrire est, à peu de chose près, celui de Sims.

L'appareil instrumental, qui était autrefois très compliqué, l'est maintenant beaucoup moins. On s'est servi d'un spéculum spécial pour mettre en vue la fistule; c'est une complication inutile, vous pouvez employer une valve de Sims et des écarteurs pour les parties latérales du vagin.

En ce qui concerne l'éclairage, on peut se contenter, le plus souvent, de la lumière solaire. Dans certains cas de fistules profondes ou latérales, on peut employer la lumière électrique, et je vous ai montré dernièrement une petite lampe électrique que l'on peut introduire dans le vagin.

Pour l'avivement, on se sert de bistouris droits, de bistouris obliques, dont la lame est inclinée sur le manche; on a même imaginé un bistouri dont on peut modifier la courbure au moyen d'une vis. D'autre part, des ciseaux droits, courbes.

Pour soulever les parties à aviver, il faut employer des pinces longues, à mors plats ou à griffes; il est utile d'avoir des pinces avec arrêt pour bien fixer la partie à exciser. Enfin, il faut avoir des crochets, de petits tenaculum pour soulever les tissus, et aussi des crochets mousses pour écarter les bords de la lésion.

Pour la suture, il faut avoir disposé à l'avance des aiguilles fines sur des porte-aiguilles. Comme l'aiguille est difficile à passer, on a imaginé des aiguilles à chas mobile; j'en ai fait construire une avant Reverdin. Elles rendent de grands services.

Une autre variété qui permet de faire facilement la suture, est une aiguille creuse traversée par le fil qui est poussé en avant par une roue dentée; le manche lui-même est canaliculé. Ces aiguilles sont excellentes, mais elles sont exposées à se détraquer, et il est prudent d'en avoir d'autres sous la main.

Le fil d'argent, que les américains ont fait connaître, doit être d'un numéro moyen, assez résistant. Comme autres instruments, il faut un ajusteur de fils; cet instrument n'est autre chose qu'une sonde cannelée pour conduire les fils; au besoin on pourrait employer la sonde cannelée de trousse.

Le tord-fil est un instrument constitué par un manche dans l'intérieur duquel sont creusés deux conduits dans chacun desquels passe un fil; en tournant l'instrument les fils se tordent à l'extrémité. Enfin, la sonde qui doit rester à demeure, est la sonde sigmoïde de Sims, qui se tient toute seule et est percée de petits trous pour empêcher que la muqueuse intercepte le passage de l'urine.

On fera aussi des lotions et irrigations boriquées ou phéniquées, et il est utile d'avoir de la glace en cas d'hémorrhagie. La malade devra d'abord être préparée par des lavements.

Quelle est la position à donner à la malade pour l'opération? On a imaginé en Amérique et en Angleterre des lits spéciaux auxquels est fixé le spéculum. Il faut un lit élevé, ou mieux une table un peu haute, une commode.

Il y a deux positions : la position lombo-sacrée, ou bien la position génu-pectorale. La deuxième est la plus commode

---

en 1840, reçut tous ses développements dans le *Traité des maladies du cœur*, qui eut de suite le plus grand retentissement et mit le sceau à la réputation de M. Bouillaud parmi les savants.

Données plus précises qu'on ne les avait jamais eues sur l'anatomie pathologique et la physiologie morbide des affections aiguës et chroniques du cœur; indication de toutes les modifications de rythme et de bruits que déterminent ces affections, tout est exposé, commenté dans cet admirable ouvrage, avec une précision rigoureuse, et quelque soit l'intérêt des signes physiques dont la sagace et patiente observation de plusieurs de nos contemporains a enrichi l'histoire des maladies du cœur, j'ose dire, sans crainte d'être démenti par personne, que le Traité de M. Bouillaud est resté et restera un incomparable modèle, et qu'il est la digne continuation du *Traité de l'auscultation* de notre immortel Laënnec.

Parmi les bruits anormaux que l'auscultation du cœur avait révélés à M Bouillaud, il en est un extrêmement prononcé, auquel il avait donné le nom de bruit de *diable*, parce qu'il rappelle en effet le ronflement de ce jouet, et dont il n'avait pas tout d'abord saisi la signification; mais, frappé bientôt du rapport constant de ce bruit de souffle avec un état de langueur particulièrement fréquent chez les jeunes filles pâles, délicates, il annonça qu'on le trouverait également, d'une part, chez les hommes présentant ce même aspect général, et, d'autre part, chez tout sujet de l'un ou l'autre sexe qui aurait fait accidentellement une forte perte de sang, ou subi de trop fréquentes saignées; les faits justifièrent toutes ces prévisions, et ce ne fut pas rendre un médiocre service aux malades et aux médecins que de mettre désormais ceux-ci en possession d'un nouveau moyen de diagnostic très simple de la chloro-anémie, leur permettant de la découvrir dans bon nombre de cas où ils ne la soupçonnaient pas auparavant. Mais M. Bouillaud ne s'était pas contenté d'indiquer ce nouveau signe d'anémie; il avait aussi montré qu'on aurait raison de cet état morbide par l'emploi d'un traitement reconstituant, dans lequel le fer jouerait le principal rôle. N'est il pas bien remarquable que le clinicien qui, lui aussi, avait, en un temps, largement usé des émissions sanguines, ait été précisément celui qui a le mieux signalé le danger des saignées trop souvent répétées et qui, après avoir donné aux médecins un moyen de reconnaître sans peine les différentes formes d'anémie, a tracé avec le plus de précision les règles du traitement qui en triomphe le plus sûrement.

pour le chirurgien, mais elle est fatigante pour la malade et il n'est pas facile de donner le chloroforme.

Dans les cas faciles on peut employer la première position, et la deuxième dans les cas où la fistule est difficile à atteindre.

Le chloroforme n'est pas d'utilité absolue, les badigeonnages avec une solution de cocaïne au 20e suffisent, l'opération est peu douloureuse.

En quoi consiste l'opération? Avivement et suture.

L'avivement ne doit pas intéresser toute l'épaisseur des bords de la fistule. On le faisait autrefois; on avivait toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale et vésicale. Avec le procédé américain, on laisse intacte la muqueuse vésicale.

Il faut d'abord circonscrire par une incision toute l'étendue de la fistule et couper en dédolant; il est utile d'enlever le lambeau d'un seul morceau, quand la chose est possible, afin de pouvoir vérifier si le lambeau est entier et l'avivement complet. Si la fistule est trop profonde, on fait l'avivement par lambeaux; mais il faut un avivement complet. Si la muqueuse vésicale fait hernie, on soutient la vessie avec une sonde.

La suture présente encore une modification importante; autrefois on entrait un fil qui passait dans la vessie. Avec le procédé américain, on traverse obliquement la paroi vaginale sans traverser la muqueuse vésicale. Vous voyez que, de cette façon, les grandes surfaces se réuniront, et on constate que la muqueuse a tendance à faire promontoire du côté de la vessie.

On peut faire une série de points de suture à un demi centimètre de distance, mesure moyenne; mais je ne puis vous donner à cet égard qu'un conseil général, il faut tenir compte de la forme de la fistule. Si on voit que la coaptation est mauvaise, il faut enlever le fil et en mettre un autre. Enfin torsion des fils, puis les couper ras, ou bien les laisser longs et les coucher sur un côté de la vulve.

Voilà, Messieurs, le manuel opératoire de la fistule vésico-vaginale, dans ce qu'il a d'essentiel.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Myopathie progressive primitive. Sur la corrélation qui existe entre la prédisposition de certains muscles a la myopathie et la rapidité de leur développement, par M. J. Babinski, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, et M. Onanoff (1). (Travail du laboratoire de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière.)

Il existe, comme on le sait, une classe d'amyotrophies progressives, qui prend chaque jour une importance de plus en plus grande, dans laquelle l'atrophie musculaire est indépendante de toute lésion des centres nerveux ou des nerfs périphériques, et qui est connue sous le nom de *myopathie progressive primitive*.

Cette myopathie se présente sous différentes formes que nous ne décrirons pas avec détails (2), dont nous nous contenterons de faire ressortir quelques points relatifs aux recherches que nous avons faites et qui ont trait à la localisation de l'affection dans telle ou telle région, dans tel ou tel muscle ou groupe musculaire.

Mais auparavant, nous rappellerons que, dans certaines variétés de la myopathie, les muscles sont augmentés de volume (pseudo-hypertrophie), et que, dans d'autres, le volume des masses musculaire est normal ou très diminué. Cette différence est-elle suffisante ou non pour faire de ces variétés de myopathies des affections indépendantes? Nous ne discuterons pas ici cette question, qui est traitée dans les ouvrages que nous avons cités, car nous ne nous occupons ici que de la localisation de l'affection, et, à ce point de vue, ce que nous dirons s'applique à toutes les variétés.

Dans une forme de la myopathie, *la paralysie pseudo-hypertrophique ou sans hypertrophie*, dont la nature myopathique a été démontrée par les recherches de MM. Eulenburg

(1) L'intérêt que présente ce travail, dont nous avons dit quelques mots dans notre dernier Bulletin, nous engage à le mettre *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs.

(2) Pour l'historique de la question et la description complète de la myopathie, voir en particulier :

1o *Œuvres complètes de M. Charcot*, t. III, p. 190.

2o L'important mémoire de MM. Landouzy et Déjerine dans la *Revue de médecine* (février et avril 1885).

Jusqu'à l'époque où parut le *Traité des maladies du cœur*, la réputation de M. Bouillaud n'avait pas beaucoup dépassé les limites du monde savant; c'est qu'en effet, homme de science avant tout, il ne faisait rien pour provoquer l'attention du public. Toutes ses publications, toutes ses communications aux corps savants, avaient un caractère si exclusivement scientifique, elles témoignaient toutes d'une si grande indifférence pour le côté pratique, je veux dire le côté fructueux de la profession, qu'il n'avait pas eu jusque-là, dans le monde, les succès de clientèle qu'il aurait dû avoir.

Ce n'est qu'à partir de 1840 qu'il prit peu à peu, parmi les médecins consultants, le rang auquel lui donnaient tant de droits son savoir et sa profonde expérience clinique. C'est alors que ses concitoyens, fiers de sa renommée, l'envoyèrent à la Chambre des députés. Mais ce n'était pas là un milieu où sa science et son merveilleux talent d'orateur pussent briller de tout leur éclat et ses fonctions parlementaires eurent d'ailleurs une trop courte durée pour qu'il ait pu faire tout le bien qu'on pouvait attendre de sa haute intelligence.

Aussi bien, dirai-je, la politique, à mon humble avis, n'est pas le fait des médecins. C'est assurément un beau titre que celui de *médecin législateur*, que se sont décerné nos honorables confrères, aujourd'hui plus nombreux, dans les deux chambres, qu'à aucune autre époque; mais au moins devraient-ils le justifier, en faisant profiter le Parlement et les populations des lumières qu'ils doivent à leurs études et à leurs connaissances spéciales; mais, tout en rendant justice aux efforts du regretté docteur Liouville pour faire adopter la loi sur la vaccination obligatoire, j'avoue, pour ma part, que je ne connais qu'un seul confrère qui ait véritablement mérité le titre de médecin législateur. Il est vrai que celui-là s'occupe bien peu de politique: mais il est un hygiéniste éminent doublé d'un vrai patriote, et c'est sous l'inspiration de ses sentiments patriotiques, grâce aussi à son savoir et à son talent, qu'il a conçu, rédigé et fait adopter par les deux chambres la loi contre l'ivresse et cette autre loi tutélaire qui, aujourd'hui, n'est plus désignée que par le nom de son auteur. Avant moi, messieurs, vous avez nommé la *Loi Roussel, la loi de la protection de l'enfance*.

(A suivre.)

et Cohnheim et de M. Charcot, le début se fait par les membres inférieurs, et les muscles qui sont atteints primitivement et avec le plus d'intensité sont, à la cuisse, le triceps; à la jambe, les muscles de la région antéro-externe. L'affection peut envahir ensuite les autres muscles des membres inférieurs, mais il en est quelques-uns, particulièrement le triceps sural, qui sont généralement respectés. Les membres supérieurs *et la face*, cela est démontré par un certain nombre de cas (1), peuvent se prendre aussi dans la suite.

La forme *héréditaire de Leyden-Mœbius*, au point de vue de la localisation, ressemble beaucoup à la précédente.

Dans une autre forme, la *forme infantile de l'atrophie musculaire progressive de Duchenne*, dont la nature myopathique a été démontrée par MM. Déjerine et Landouzy, le début se fait par la face, par l'orbiculaire des lèvres et l'orbiculaire des yeux; d'autres muscles de la face peuvent se prendre, mais les masticateurs et les muscles moteurs du pavillon de l'oreille ne sont jamais affectés; les membres supérieurs se prennent ensuite, et les muscles qui sont primitivement et le plus profondément atteints sont, à l'épaule, parmi les muscles intrinsèques de la région, le deltoïde; parmi les muscles extrinsèques, les pectoraux, le grand dorsal, la portion adductrice du trapèze, le grand dentelé, le rhomboïde; au bras, le biceps et le brachial antérieur, mais l'atrophie du triceps suit de près celle des muscles précédents; à l'avant-bras, le long supinateur; les autres muscles du membre supérieur sont souvent envahis dans la suite, en particulier les radiaux et le rond pronateur, mais il y en a qui résistent plus énergiquement que les autres, et, parmi ceux-ci, il faut placer au premier rang les fléchisseurs des doigts.

Les membres inférieurs peuvent être atteints avec les progrès de la maladie.

La forme dite *juvénile d'Erb* est presque idendique à la précédente. La différence essentielle consisterait en ce que la face serait ici indemne, tandis qu'elle est prise dans la forme précédente.

Il y a enfin des *formes de transition*, dans lesquelles l'affection débute à la fois par les membres inférieurs et les membres supérieurs; la face peut être prise aussi en même temps que les membres.

Nous avons indiqué, à propos de la forme infantile de Duchenne, la participation de certains muscles du tronc, qui sont en même temps des muscles extrinsèques de l'épaule. Mais quelle que soit la forme à laquelle on ait affaire, ces muscles se prennent avec rapidité, et le grand dorsal est peut être le muscle de l'économie qui est le plus souvent atteint. Par contre, il y a certaines régions qui ne sont envahies que très rarement. Signalons spécialement, à ce sujet, la main, où les muscles interosseux, en particulier, sont presque toujours respectés.

Il nous paraît essentiel de faire remarquer que, en ce qui concerne la localisation de l'affection, ce qui différencie les formes les unes des autres, c'est la prédominance et le début de l'amyotropie dans telle ou telle région; mais quelle que soit la forme que l'on considère, lorsqu'une région est envahie, que l'invasion soit initiale ou terminale, lorsque, dans la forme infantile de Duchenne, les membres inférieurs viennent à être pris, la localisation de l'amyotrophie est la même que dans la paralysie pseudo-hypertrophique, et inversement.

Ainsi donc, dans chaque région et dans chaque segment de membre, il y a entre les divers muscles des différences considérables au point de vue de leur inégale participation à la maladie, et l'on peut, à cet égard, les diviser en trois catégories, à chacune desquelles nous donnerons un qualificatif pour fixer les idées, la catégorie des muscles *prédisposés*, celle des muscles *réfractaires*, celle enfin des muscles *intermédiaires*.

Nous avons pu examiner avec détails, dans le service de notre maître, M. Charcot, qui a bien voulu mettre tous ses malades à notre disposition, dix sujets atteints de diverses formes de la myopathie.

Chez quelques malades, il est vrai, la localisation de la myopathie n'est pas rigoureusement conforme aux règles précédemment données; c'est ainsi, par exemple, que, chez le nommé Gai..., le long supinateur est en bon état, alors que les radiaux et les extenseurs des doigts sont faibles; mais c'est là une disposition exceptionnelle, et, du reste, l'anomalie n'est pas très accentuée, car, dans les cas auxquels nous faisons allusion, ce sont des muscles intermédiaires qui sont pris, alors que les muscles prédisposés sont intacts; mais chez aucun malade on ne peut constater, dans une région quelconque, l'altération d'un muscle réfractaire coïncidant avec l'intégrité d'un muscle prédisposé.

Nous allons aborder maintenant le point qui a été particulièrement le sujet de nos recherches.

Quelle peut être la cause de la prédisposition de certains muscles à la myopathie?

Pourquoi, au contraire, certains muscles sont ils réfractaires à l'affection?

Ce sont là des questions qui doivent être posées.

La myopathie étant une maladie systématique et héréditaire (hérédité souvent directe), il semble *à priori* assez légitime d'admettre qu'elle doit exister déjà en germe dans la vie fœtale. C'est là un point de vue que M. Charcot n'a pas manqué de signaler dans ses leçons. Or, s'il en est ainsi, il paraît vraisemblable que l'inégale participation des muscles à l'atrophie est en relation avec les différences dans le développement de ces muscles. Partant de cette hypothèse, nous avons fait des investigations dans cette voie, et nous sommes arrivés, comme on va le voir, à constater que les différents muscles qui composent les différents segments du corps présentent dans leur développement des inégalités nettement appréciables.

Un fœtus de cinq mois environ nous paraît être, au point de vue qui nous occupe, un objet d'étude favorable.

Nous devons dire immédiatement que les muscles ne nous ont pas semblé présenter de différences microscopiques appréciables. Ce n'est que sur des coupes microscopiques que nous avons pu établir entre eux des distinctions.

Nous avons employé, dans cette étude histologique, une technique bien connue (liqueur de Muller, gomme, alcool, picrocarmin, glycérine).

Nous allons passer en revue les divers segments du corps.

Commençons par *l'avant-bras*, qui est particulièrement intéressant au point de vue des différences histologiques qui existent entre les divers muscles.

Le long supinateur est le muscle dont le développement est

(1) Il y a actuellement, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, deux malades qui sont dans ce cas.

le plus avancé. Les fibres musculaires sont très rapprochées les unes des autres, la substance striée est très abondante dans chaque fibre, les champs de Cohnheim sont peu apparents et les noyaux situés, dans la plupart des fibres, à la périphérie, sous le sarcolemme.

Les fléchisseurs des doigts sont, au contraire, les muscles dont le développement est le moins avancé; les fibres sont plus espacées que dans le supinateur, la substance est bien moins abondante, les champs de Cohnheim sont bien plus apparents (1), les noyaux plus nombreux et ils occupent, dans beaucoup de fibres, leur partie centrale.

Nous devons faire remarquer qu'il ne faut pas se contenter, pour soutenir qu'il y a une différence entre deux muscles au point de vue de leur degré de développement, d'examiner dans ces muscles quelques fibres en particulier. En effet, Grützner a montré que les muscles de l'homme sont mixtes, c'est-à-dire qu'ils se composent de fibres blanches et de fibres rouges, ou, en d'autres termes, de fibres inégalement développées (2). Il faut donc examiner chaque muscle dans une grande étendue.

Les radiaux et le rond pronateur sont, au point de vue qui nous occupe, intermédiaires entre le long supinateur et les fléchisseurs des doigts.

Nous pouvons, pour plus de commodité, indiquer par des chiffres le degré de développement des muscles. Si, par exemple, nous fixons au supinateur le chiffre 5, nous donnerons aux fléchisseurs des doigts le chiffre 2, et aux radiaux, ainsi qu'au rond pronateur, le chiffre 3.

Passons maintenant en revue les autres régions, en employant aussi les chiffres pour donner une idée de leur degré de développement.

Main : muscles de l'éminence thénar, 2 ; muscles de l'éminence hypothénar, 2.

Bras : biceps, 3 ; triceps, 3.

Epaule. — Muscles extrinsèques : deltoïde, 4 ; sous-épineux, 3 ; sous-scapulaire, 3.

Muscles extrinsèques : grand dentelé, 5 ; grand dorsal, 5 ; rhomboïde, 5 ; portion adductrice du trapèze, 5 ; portion claviculaire du trapèze, 2.

Face : orbiculaire des lèvres, 5 ; masseter, 2 ; muscles moteurs du pavillon de l'oreille, 1.

Membres inférieurs : triceps crural, 5 ; triceps sural, 3 ; tibial antérieur, 5.

Si l'on compare dans chaque segment du corps les divers muscles au double point de vue auquel nous nous sommes placés dans ce travail, on constate que, pour la plupart d'entre eux, *il y a une corrélation intime entre le degré de rapidité de leur développement et leur degré de prédisposition à la myopathie.* Aux muscles prédisposés correspondent des muscles dont le développement est rapide, et réciproquement. C'est ainsi, par exemple, qu'à l'avant-bras le supinateur est un muscle à la fois prédisposé et à développement rapide, que les fléchisseurs des doigts sont des muscles réfractaires et qui se développent lentement ; enfin, que les radiaux et le rond pronateur sont intermédiaires à ces deux points de vue. Au membre inférieur on peut faire les mêmes remarques en ce qui concerne le triceps crural et le triceps sural. Le trapèze présente un intérêt tout particulier ; la portion claviculaire de ce muscle est réfractaire, la portion adductrice est prédisposée; or, comme on peut le voir plus haut, le degré de développement de la première portion est indiqué par le chiffre 2, celui de la deuxième par le chiffre 5.

Il y a bien quelques exceptions à cette loi de corrélation, mais il est légitime d'admettre que chez tous les sujets le développement n'est pas toujours identique, et qu'un muscle dont le développement est généralement rapide se développe parfois un peu plus tardivement, ce qui expliquerait très bien les anomalies.

Voici maintenant deux autres questions qui peuvent être posées au sujet des myopathies :

1o *Pourquoi la myopathie débute-t-elle et prédomine-t-elle chez les divers malades, tantôt dans une région, tantôt dans une autre?*

Il est possible que le développement du système musculaire soit plus rapide parfois dans tel segment du corps, parfois dans tel autre. Une loi, analogue à celle qui préside à la localisation de la myopathie dans certains muscles, tiendrait ainsi sous sa dépendance la localisation de la myopathie dans certaines régions. Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

2o *Quelle est la cause du développement de la myopathie? En quoi consiste la prédisposition de certains sujets, de certaines familles à cette affection?*

Nous venons de voir que chez les myopathiques les muscles prédisposés sont ceux dont le développement est rapide, que les muscles réfractaires sont ceux qui se développent tardivement. En se fondant sur cette observation, on peut supposer, croyons-nous, que la prédisposition à la myopathie tient à ce que chez certains sujets le développement du système musculaire en général est plus rapide que chez les autres. Mais ce n'est là aussi qu'une hypothèse, et quelque séduisante qu'elle puisse être, nous ne l'émettons que sous toutes réserves, car nous n'avons pas actuellement, pour l'étayer, de faits précis.

En résumé, en dehors des hypothèses qu'elles peuvent suggérer, *les recherches que nous avons faites conduisent à établir une loi de corrélation entre le degré de prédisposition des muscles à la myopathie et le degré de rapidité de leur développement ; elles montrent ainsi qu'il existe, dans certains cas, pour le système musculaire, comme pour le système nerveux central, un lien entre l'anatomie pathologique et l'anatomie de développement.*

---

(1) Dans les fibres en voie de développement, comme dans celles qu'on peut observer à la suite de la section des nerfs, entre autres particularités, on remarque que les champs de Cohnheim sont plus apparents que dans les fibres adultes ou les fibres normales. Voir à ce sujet :

Des modifications que présentent les muscles à la suite de la section des nerfs qui s'y rendent, par J. Babinski. (Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, 7 février 1884.)

(2) Voir, au sujet des muscles rouges et des muscles blancs :

1o Le *Traité technique d'histologie* de M. Ranvier, p. 466.

2o Le Recueil zoologique suisse (20 sept. 1884) : *Sur Anatomie und Physiologie der Quergestreifte Muskeln,* von P. Grützner.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

ET DE BACTÉRIOTHÉRAPIE

I. Guérison de la maladie charbonneuse par des inoculations de bactéries. — Contribution a l'étude de la bactériothérapie, par le docteur Pawlowski (*Virchow's Archiv.*, t. CVIII, fasc. 3, p. 494, 1887).—II. Destruction

DE BACILLES CHARBONNEUX DANS L'ORGANISME, par le docteur R. EMMERICH et le docteur E. DI MATTEI (*Fortschritte der Medicin.*, 1887, nº 20, p. 653).—III. SUR UN CAS DE CHARBON CHEZ UNE FEMME ENCEINTE, AVEC INFECTION MORTELLE DE L'ENFANT, par le professeur F. MARCHAND (*Virchow's Archiv.*, t. CIX, fasc. 1, p. 86, 1887).

L'influence salutaire qu'un érysipèle intercurrent exerce parfois sur une maladie ou sur une lésion existante, sur une tumeur, notamment, est un fait aujourd'hui bien connu. J'ai consacré quelques développements à cette question, dans ce journal (1884, nº 40, p. 475), à propos d'une tentative faite par un médecin allemand, JAENICKE, en vue d'obtenir la guérison d'un cancer inopérable du sein, par l'inoculation du contage érysipélateux (culture pure du micrococque de Fehleisen). Déjà précédemment, Fehleisen (*Die Aetiologie des Erysipels*, Berlin, 1883), avait fait une tentative identique chez trois sujets affectés de tumeurs malignes et chez un quatrième affecté d'un lupus à la face; ce dernier malade a été guéri.

L'idée qui avait suggéré ces tentatives était de faire naître un conflit salutaire entre les éléments histologiques du néoplasme et les micro-organismes en suspension dans la matière inoculée. C'est sous l'empire de cette même idée que le professeur Cantani fit, il y a environ trois ans, une tentative de bactériothérapie, dont j'ai rendu compte également dans ce journal (Voir : GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1885, nº 31, p. 365). Il s'agissait d'obtenir la destruction sur place des *bacilli tuberculosi* qui infiltrent les poumons chez les tuberculeux, en faisant pénétrer dans les voies respiratoires du malade, au moyen d'un pulvérisateur, des cultures pures du *bacterium termo*. Ce micro-organisme indifférent, amené au contact du bacille de la tuberculose, devait entrer en lutte avec lui et l'anéantir. Ces prévisions étaient basées sur des expériences de laboratoire. Un essai tenté chez une femme tuberculeuse, âgée de 42 ans, fut annoncé par Cantani comme un succès. Depuis, il n'a plus été question, autant que je sache, de nouveaux essais de ce genre de bactériothérapie, chez l'homme.

Cependant l'idée directrice était à la fois ingénieuse et séduisante, et elle méritait pour le moins d'être soumise au contrôle répété de l'expérimentation, sur le terrain du laboratoire. Un premier pas a été fait dans cette voie par Emmerich. Cet expérimentateur a étudié l'influence que pouvait exercer sur le sort d'animaux, rendus charbonneux, des injections de cultures du coccus de l'érysipèle, pratiquées avant ou après les injections de matières charbonneuses ou en même temps qu'elles. M. Emmerich avait communiqué ses premiers résultats à la Réunion des naturalistes et médecins allemands, qui s'est tenue à Berlin en 1886 (voir JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, 1886, nº 42, p. 378). Il y avait vu un encouragement à poursuivre ses recherches avec l'espoir de fonder la bactériothérapie sur des bases scientifiques. Les deux mémoires dont l'analyse va suivre se rapportent précisément à des expériences nouvelles faites dans la même voie.

I. M. PAWLOWSKI a fait, sur des lapins, cinq séries d'expériences, qui ont consisté à injecter aux animaux, en même temps qu'une culture du bacille charbonneux, une culture d'une des espèces suivantes de bactéries : *Streptococcus* de l'érysipèle; *bacillus prodigiosus*; *staphylococcus albus*; *staphylococcus aureus*; *diplococcus* de la pneumonie. Les cultures ont été fournies par le laboratoire de Koch. Les matières virulentes injectées avaient été préalablement diluées dans une grande quantité d'eau distillée ou de bouillon. Les injections étaient faites à l'aide d'une seringue de Pravaz et poussées tantôt sous la peau, tantôt directement dans les vaisseaux. Un lapin, sur quatre, était utilisé comme sujet de contrôle.

Les résultats que l'auteur a obtenus l'amènent à conclure : « Qu'il est possible d'obtenir la guérison d'une infection charbonneuse locale, au moyen d'une série d'injections sous-cutanées de micro-organismes variés, pratiquées au siège de l'inoculation ou à son pourtour. »

En tête des micro-organismes qui agissent comme antagonistes du bacille charbonneux, Pawlowski place le *diplococcus* de la pneumonie fibrineuse (Friedlander) : 8 lapins inoculés, 4 par voie sous-cutanée, les 4 autres par voie intra-veineuse), ont tous échappé aux suites de la double infection qu'ils avaient subie.

Le second rang revient au *staphylococcus aureus* : 4 lapins inoculés sous la peau sont restés en vie tous les quatre; 4 autres, auxquels on a injecté la masse virulente directement dans les vaisseaux, ont péri : les uns de la maladie charbonneuse, les autres des suites de l'infection développée par le *staphylococcus aureus*.

Le *bacillus prodigiosus*, qui n'est point pathogène, vient en troisième ligne. En faisant, deux heures après l'injection charbonneuse, une première injection de liquide tenant en suspension des cultures du *bacillus prodigiosus*, et une seconde le lendemain, 8 lapins sur 10 ont survécu, et chez tous il s'était formé un abcès an siège de l'inoculation de ce dernier bacille. Chez les deux autres lapins qui ont péri du charbon, il n'y avait pas d'abcès.

Le *streptococcus* de l'érysipèle ne vient qu'en quatrième ligne : 7 animaux sur 9 ont survécu à une première inoculations sous-cutanée, mais tous ont péri des suites d'une injection subséquente de matière charbonneuse, preuve qu'ils n'avaient pas acquis l'immunité contre le charbon. Tous les lapins, au nombre de 8, qui ont été inoculés par la voie intra-veineuse, ont succombé à la maladie charbonneuse.

Deux lapins auxquels on injecta sous la peau un liquide contenant à la fois des bacilles du charbon et des *staphylococcus albus*, ont succombé à l'infection charbonneuse.

Les expériences de Pawlowski ont démontré, d'autre part, qu'il est possible d'enrayer une infection charbonneuse généralisée, quand on injecte simultanément des bacilles charbonneux et des diplocoques pneumoniques, dans les vaisseaux de l'animal en expérience. De 7 lapins auxquels on a pratiqué une double injection de cette nature, 2 sont restés en vie, 3 ont succombé à des accidents emboliques, les 2 autres ont péri du charbon. Les lapins auxquels on fit d'abord une injection intra-veineuse de matière charbonneuse, puis une injection intra-veineuse de diplocoques, ont tous péri; toutefois, la survie a été plus longue que chez les animaux inoculés seulement du charbon. Même résultat chez les animaux auxquels on avait injecté simultanément dans les vaisseaux, des bacilles charbonneux avec des streptococcus de l'érysipèle, ou des bacilles de l'espèce *prodigiosus*.

Les recherches microscopiques de M. Pawlowski sur les animaux qui ont servi à ces expériences lui ont permis de suivre, étapes par étapes, les différentes phases de la lutte qui s'établit dans l'organisme inoculé, entre les bacilles du charbon et les autres micro-organismes injectés. Ces phases

se traduisent par la diminution du nombre des bacilles charbonneux, qui sont englobés et détruits par les phagocytes.

II. Emmerich a poursuivi ses précédentes recherches en collaboration avec di Mattéi. Il explique d'abord que si Pawlowski a obtenu des résultats moins satisfaisants, dans ses expériences faites avec des injections simultanées de bacilles charbonneux et de streptococcus de l'érysipèle, la raison en est dans une question de dosage. Pawlowski, au dire d'Emmerich, n'a pas tenu compte de l'élément quantitatif, numérique, dans le conflit qu'il a suscité entre les bacilles charbonneux et les coccus pathogènes de l'érysipèle. Des calculs établis par Emmerich il semble résulter que là où ce dernier inoculait de 8 à 16 millions de coccus érysipélateux, Pawlowski n'en injectait que 2 000 au plus. Rien d'étonnant dès lors que les deux expérimentateurs n'aient pas obtenu des résultats thérapeutiques également bons. Il y a lieu aussi de tenir compte du degré de virulence des micro-organismes employés pour entrer en conflit avec les bacilles charbonneux, et ce degré de virulence est sujet à des variations très étendues pour le streptococcus de l'érysipèle.

Les nouvelles expériences d'Emmerich et de son collaborateur démontrent que, lorsque à la suite de l'injection préalable d'une culture de coccus érysipélateux sous la peau d'un lapin, on injecte à l'animal des quantités énormes de bacilles charbonneux, ceux-ci sont détruits en un espace de temps qui varie de douze à dix-sept heures, avant qu'ils aient pu pénétrer dans le sang de l'animal. Au contraire, des lapins auxquels on inoculait simplement des bacilles charbonneux, succombaient aux suites de l'infection charbonneuse en très peu de temps.

Donc, quel que soit le nombre des bacilles charbonneux inoculés sous la peau d'un animal dont les tissus contiennent des coccus pathogènes de l'érysipèle, ces bacilles sont détruits sur place. Quand, six heures environ après l'inoculation charbonneuse, on examine au microscope les tissus enlevés au siège de l'injection, on n'y découvre plus qu'un petit nombre de bacilles charbonneux, en voie de désorganisation plus ou moins avancée; les uns sont tuméfiés, les autres sont contournés en pas de vis, ne s'imprégnant plus que partiellement d'aniline; d'autres sont incolores, à contours mal dessinés, enveloppés d'un amas de détritus granuleux. Cette destruction sur place des bacilles charbonneux injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané s'effectue sans la moindre trace de suppuration. On ne saurait donc l'attribuer à une intervention des phagocytes. D'après les deux auteurs, cette destruction serait l'œuvre d'un poison chimique fabriqué par les cellules des tissus inoculés, que ce soit ou non sous l'influence des bactéries qui confèrent à l'animal en expérience l'immunité contre l'infection charbonneuse ou telle autre infection. Voici au juste l'explication que proposent les deux auteurs : Les cellules du corps de l'animal rendu réfractaire produisent, d'une façon continue, une substance qui tue les bacilles. Cette substance, vraisemblablement, existe en permanence dans le corps de l'animal réfractaire. Il est beaucoup moins vraisemblable d'admettre que la mise en liberté de ce produit est exclusivement la conséquence de l'irritation exercée par les bacilles injectés dans le corps de l'animal réfractaire. On peut se figurer qu'avant que l'animal ait acquis l'immunité préventive, une injection de bacilles infectieux aura pour conséquence de faire sécréter aux cellules corporelles un produit toxique pour ces cellules, mais non pour les bacilles injectés; tandis que chez l'animal rendu réfractaire par une injection préventive, ces cellules, sous l'influence d'une injection ultérieure de bacilles infectieux, ne sécrèteront plus qu'un produit inoffensif pour elles, mais toxique pour les bacilles injectés. Il faut, ajoutent les auteurs, une modification très légère du fonctionnement chimique des cellules pour que, aux produits indifférents qu'elles sécrètent, se substituent des produits très toxiques; c'est ainsi que la pentaméthylendiamine ou cadavérine ($C^3 H^{14} Az^2$) peut donner naissance à la pipéridine ($C_5 H^{11} Az$), la créatine (par voie d'oxydation) à la méthylguanidine.

Il appartient à des recherches ultérieures de nous renseigner d'une façon précise sur les substances chimiques qui interviennent dans l'immunité conférée contre certaines injections, par des inoculations préventives.

III. Une femme de 32 ans, secondipare, succomba peu de temps après la délivrance, dans le collapsus. L'accouchement avait suivi une marche normale. On s'attendait à trouver, à l'autopsie de cette femme, les traces d'une hémorrhagie interne; or, on tomba sur une infiltration œdémateuse du mésentère et du tissu rétro-péritonéal; les gros troncs lymphatiques et le canal thoracique étaient remplis d'un pus sanguinolent; tuméfaction de la rate; épanchement chyleux dans le péritoine; infiltration hémorrhagique des ganglions mésentériques. L'examen microscopique fit découvrir une quantité énorme de bacilles charbonneux dans la lymphe et dans le chyle; dans le sang ces bacilles existaient en quantités beaucoup moindres.

Renseignements pris, cette femme, de son vivant, était occupée au triage du crin de cheval, profession qui expose à contracter le charbon. Dans ce cas particulier, l'infection avait dû se faire par l'intermédiaire de spores charbonneuses, car la femme avait cessé son travail pendant les trois derniers mois de sa grossesse.

L'enfant succomba quatre jours environ après la naissance, sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une éruption de taches bleuâtres sur tout le corps. L'examen microscopique des humeurs fit découvrir également de grandes quantités de bacilles charbonneux dans le sang, principalement dans le sang tiré du poumon droit. D'où l'auteur conclut que l'infection de l'enfant s'est effectuée par la voie des vaisseaux sanguins. M. Marchand a examiné en détails cette question du transport du virus charbonneux de l'organisme maternel au fœtus. Il conclut que l'explication la plus simple à adopter, pour le cas en question, consiste à supposer qu'au moment de la chute du placenta, quelques bacilles isolés, en suspension dans le sang des vaisseaux intervilleux, ont pénétré dans la circulation de l'enfant.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires sur le cerveau de l'homme et des primates, par Paul Broca. — Paris, Reinwald, 1888.

Des nombreux et immortels travaux de Paul Broca sur l'anthropologie, ont été distraits et réunis en un volume tous les mémoires afférant à l'étude du cerveau de l'homme et des mammifères.

Ce volume, publié sous la direction de M. le docteur S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui l'a fait précéder d'une savante introduction, est divisé en cinq parties.

Dans la première ont été classées toutes les recherches de Broca sur la localisation de la faculté du langage articulé. L'auteur y décrit, le premier, l'aphasie, l'aphémie comme il dit, montre bien comment les aphémiques entendent et comprennent ce qu'on leur dit, conçoivent leur réponse, exécutent les mouvements nécessaires à l'émission des sons articulés, et comment il ne leur manque que le pouvoir de passer de l'idée au mot.

Il est impossible d'analyser en quelques mots ces nombreux et importants chapitres : on y voit comment peu à peu, pierre par pierre, pour ainsi dire, Broca construit les fondations sur lesquelles s'élèvera plus tard l'édifice des localisations cérébrales.

Il étudie les faits un par un, n'en étend jamais les conséquences au-delà de ce qu'il signifie, n'avance qu'à petits pas, ne voulant asseoir sa théorie que sur un ensemble de cas certains et bien analysés. En 1863, dans l'exposé de ses titres, il « espère, fort de onze observations probantes, que bientôt la troisième circonvolution frontale pourra s'appeler la circonvolution du langage, et croit que l'unité du centre nerveux intellectuel est désormais renversée ».

Il ne fait encore, on le voit, qu'espérer et croire.

La méthode qu'a suivie Broca dans cette étude, longue et difficile, était le prélude de la méthode anatomo-clinique, qui a fait la gloire de l'École de la Salpétrière. Un jour qu'à la Société anatomique Dally disait « qu'avant de savoir ce qu'était l'aphémie, on devrait rechercher quelle part il faut attribuer dans le langage à la mémoire des mots, à la faculté d'expression, au pouvoir moteur, à l'effort mental », Broca répondit : « Procéder *a priori*, cela a toujours égaré les investigations dans les recherches sur les fonctions de l'encéphale. Je pense, au contraire, qu'il faut procéder *a posteriori*. L'analyse découlera peu à peu des faits pathologiques. Lorsque nous connaîtrons toutes les conditions qui peuvent porter atteinte aux divers éléments de cette fonction complexe, nous analyserons avec sécurité, et nous pourrons alors définir et circonscrire les éléments. » Broca avait raison : ce n'est qu'après avoir étudié peu à peu l'aphasie, l'agraphie, qu'il avait du reste observée aussi, la cécité et la surdité verbales, qu'on a pu édifier du langage articulé, après en avoir analysé tous les éléments, une théorie vraiment scientifique.

Il est intéressant de lire ces discussions de la Société anatomique où, avec une sûreté, une érudition, une lucidité et une courtoisie parfaites, Broca répond aux objections, interprète les faits, établit des distinctions, corrige les erreurs.

Dans un exposé de titres qu'il fait cinq ans après le premier, Broca établit sur quelles observations traumatiques et pathologiques est définitivement assise la localisation de la faculté du langage. C'est à gauche, presque toujours, que siège le centre de cette faculté; et, cherchant l'interprétation de cette localisation, en apparence si étrange, l'auteur l'attribue heureusement à ce que nous sommes, dans la grande majorité des cas, gauchers du cerveau.

Après avoir démontré, par des recherches personnelles, que le poids du lobe frontal de l'hémisphère gauche est plus considérable que celui de l'hémisphère droit, Broca, dans un rapport sur un travail du docteur Armand de Fleury (de Bordeaux) sur l'inégalité dynamique des deux hémisphères, pense que « l'inégale facilité de la circulation dans les deux carotides primitives, contribue d'une manière très efficace à déterminer la localisation de la faculté du langage dans l'hémisphère gauche, parce que l'enfant affecte de préférence à sa fonction la plus difficile son instrument le plus parfait ».

La seconde partie de l'ouvrage comprend l'anatomie pathologique du cerveau. C'est évidemment la moins importante, malgré tout l'intérêt qui s'attache à chacune des communications faites à ce sujet devant la Société d'anatomie ou celle d'anthropologie : la déformation toulousaine du crâne et son influence sur les fonctions cérébrales; des tentatives de localisation sur le cerveau d'un ectromélien et d'un cul-de-jatte; le poids relatif du cerveau suivant la race et le sexe; la description de deux crânes d'assassin, où Broca, parlant de la criminalité, montre que la Société a condamné puis exécuté un aliéné, et en tire un puissant argument contre la peine capitale, n'admettant pas, comme Dally « que peu importe quand on se débarrasse d'un individu dangereux, qu'il soit ou non un fou, puisqu'on ne sait où commence la folie ».

La troisième partie du volume comprend l'anatomie comparée du cerveau de l'homme et des mammifères. On peut dire que tout ce long chapitre est consacré à la description du grand lobe limbique et des centres olfactifs. Il n'est point douteux que cette savante étude anatomique ne soit un des plus beaux titres de gloire de Broca. « Je n'hésite pas à proclamer, pour ma part, écrit le docteur Pozzi, que la détermination du lobe limbique, de ses connexions et de sa signification, a une portée qui dépasse de beaucoup celle des études sur le rôle de la troisième frontale. »

Ce grand lobe limbique, très atrophié chez l'homme, est représenté par le lobe olfactif réduit aux minimes proportions d'un nerf, par le *gyrus fornicatus* et par la circonvolution de l'hippocampe.

Chez la plupart des mammifères, il prend une grande importance, et le lobe olfactif accroît ses proportions. Les mammifères peuvent être divisés en *osmatiques* (ceux dont le grand lobe limbique est développé), et *anosmatiques* (ceux où il s'atrophie).

Ainsi, autour du centre, du seuil de l'hémisphère, comme dit Broca, s'étale le manteau, et ce manteau lui-même « se compose de deux parties : l'une brutale, représentée par le grand lobe limbique; l'autre intelligente, représentée par la masse extra-limbique ».

Chez certains animaux osmatiques, ces deux portions sont différentes : l'une est lisse, sans plis, et l'autre irrégulière, avec des saillies et des anfractuosités. Ce sont les osmatiques gyrencéphales. Chez quelques autres, toutes les deux ont une surface plane et lisse : ce sont les osmatiques lissencéphales.

Peu importe, du reste : chez tous, même chez les plus petits mammifères, le grand lobe limbique est parfaitement limité par la scissure limbique et, de ce fait, absolument distinct. Mais « chez les gyrencéphales, on est frappé du contraste qui existe entre l'aspect de cette partie de l'hémisphère et celui de la masse circonvolutionnelle. Le contraste est tel qu'il est évident que ces deux parties de l'hémisphère, si différentes par leur structure, le sont aussi par la nature de leurs fonctions : l'une reste stationnaire et imperfectible, pendant que l'autre se perfectionne et se développe. L'une est le siège des facultés inférieures de la brute; l'autre le siège des facultés supérieures de l'animal intelligent ».

Aussi, chez les primates, le lobe limbique s'atrophie-t-il, tandis que les circonvolutions s'accroissent. Mais, à côté du primate anosmatique *par intelligence* (si l'on peut ainsi parler) existe l'animal anosmatique *par adaptation au milieu*: tels les cétacés, dont la vie aquatique ne nécessite pas la mise en jeu d'un appareil olfactif.

La quatrième partie du livre de Broca est intitulée : « Morphologie du cerveau de l'homme et des primates ». Peut-être ne comprend-elle pas de chapitre ayant une aussi haute portée scientifique que la précédente, mais, à coup sûr, elle est bien la plus pratique, la plus utile ; nous oserions dire : la plus nécessaire. Elle contient d'abord une nomenclature des différentes parties constituantes de la masse cérébrale. Il n'y a guère que là, croyons-nous, que l'on puisse étudier, comprendre et apprendre quelle est la valeur d'un lobe, d'un lobule, d'une anfractuosité, d'une circonvolution, d'un pli, d'une scissure, d'un sillon, d'une incisure. « Ce mémoire a fait faire à la science un pas plus grand encore et plus décisif que les travaux sur l'aphémie. »

Que dire de la description des circonvolutions, le dernier mémoire de Broca, celui qu'il n'a pu achever, et auquel il semblait attacher cependant une certaine importance ? Ce mémoire était destiné aux élèves. Broca avait compris qu'il nous fallait à tous, inexpérimentés que nous sommes des choses de l'anatomie, une description schématique des circonvolutions, que son caractère élémentaire n'empêchât d'être ni rigoureuse, ni scientifique, ni complète, et que nous n'avions point dans les mains de livre où il y en eût une pareille. Aussi avait-il construit un cerveau schématique sur lequel il avait fait « ce travail destiné à guider les élèves dans l'étude des circonvolutions, et essentiellement élémentaire, où il n'y a ni détaile historiques ni discuseions critiques ».

Il est étonnant que ce mémoire soit si peu connu des étudiants et, disons-le aussi, des jeunes maîtres qui les dirigent. Mais c'est « qu'il faut faire entrer pour quelque part dans cette injustice de la renommée le mode de publication des travaux de Broca. S'il avait eu le temps de réunir en un ouvrage d'ensemble ces études partielles et éparses, elles auraient sans doute forcé d'avantage l'attention du monde savant ».

C'est encore dans cette quatrième partie qu'on trouve quelques revues critiques fort utiles sur la topographie cranio-cérébrale. Quand Broca essayait de justifier, par l'importance des localisations cérébrales, l'étendue des articles qu'il consacrait aux rapports du crâne et du cerveau, il prévoyait, sans nul doute, le jour prochain où le chirurgien, guidé par les simples troubles périphériques, irait, armé du trepan, à la recherche de la lésion cérébrale.

Enfin, la dernière partie est consacrée à l'étude des procédés d'extraction et de conservation des cerveaux, momification, galvanoplastie, etc., tous renseignements très utiles à être connus de celui qui veut étudier avec fruit les centres nerveux.

Les lecteurs qui jetteront les yeux sur cette revue ne nous pardonneraient pas de nous permettre une appréciation des œuvres contenues dans un livre signé d'un pareil nom.

Et cependant, si parmi elles quelques-unes sont connues, d'autres, « comme toutes les œuvres de science pure et sans application pratique, n'ont pas ému le grand public dès leur apparition, d'où, sans doute, le peu de notoriété de ces travaux de premier ordre ».

Aussi ne saurions-nous trop féliciter notre ami Auguste Broca d'avoir songé à colliger en un volume tous ces savants mémoires de son père et d'avoir confié à M. le docteur Pozzi « le pieux devoir de réunir et de compléter par quelques notes et additions discrètes les travaux du bien-aimé maître qui se rapportent au cerveau ».

PIERRE SEBILEAU.

BULLETIN

TOXICITÉ DE L'ANTIPYRINE ET DE L'ACÉTANILIDE. — LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS. — PHÉNOMÈNES OCULAIRES PRODROMIQUES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE. — L'INCIDENT DE LA MÉDECINE THERMALE DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

On est revenu, à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, sur les accidents d'intoxication produits par l'antipyrine. Suivant M. Sée, ces accidents auraient été exagérés. M. Hardy est d'avis, au contraire, qu'il peut s'en présenter de sérieux et blâme l'abus qu'on fait aujourd'hui de l'antipyrine, abus favorisé par la facilité avec laquelle les pharmaciens délivrent sans ordonnance, quand ils ne prescrivent pas eux-mêmes le médicament. M. Hardy accuse aussi l'acétanilide d'accidents analogues, entre autres d'un cas de mort chez un malade qui a succombé après en avoir pris pendant huit jours une dose quotidienne d'un gramme. Qu'il y ait eu là une simple coïncidence, comme l'admet M. Dujardin-Beaumetz, ou une relation de cause à effet, ainsi que le croit M. Hardy, on ne saurait trop surveiller l'administration de ces médicaments. Et, à ce sujet, la recommandation de M. Brouardel a une haute importance : s'assurer toujours préalablement que le fonctionnement des reins est régulier, et qu'ainsi le malade n'est pas exposé aux effets toxiques résultant de la non-élimination et de l'accumulation de la substance médicamenteuse.

En montrant les effets physiologiques, tant locaux que généraux, de l'antipyrine, M. Laborde a donné la clef des accidents qu'on peut observer après l'administration du médicament. Il n'eu reconnaît pas moins que l'impureté de celui-ci est un facteur puissant dans la production des accidents. Aussi, lorsqu'un accident grave, mortel, comme celui qu'a observé M. Hardy après l'administration de l'acétanilide, se produit, il est tout indiqué, ainsi que l'a fait remarquer avec raison M. Gautier, de saisir le médicament chez le pharmacien qui l'a fourni et de le soumettre à l'examen d'un chimiste compétent.

— Décidément la discussion sur la prophylaxie de la syphilis est mal engagée à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE. On a quitté le terrain solide de l'hygiène publique pour s'aventurer sur un terrain juridique où la savante compagnie cesse d'être compétente. Il est à craindre, si elle persiste dans cette voie, que l'autorité de ses délibérations ne soit amoindrie. C'est la thèse qu'a soutenue avec raison M. Laborde, et l'on doit souhaiter que sa contre-proposition l'emporte sur les conclusions de la Commission.

Cette contre-proposition s'est inspirée, en effet, d'une discussion qui a eu lieu devant l'Académie de médecine de Belgique, et dont M. le docteur Commenge a publié récemment une excellente analyse, souvent et justement citée dans le débat actuel. L'Académie belge, envisageant la question au point de vue exclusif de l'hygiène publique, et laissant de côté tout ce qui regarde les pouvoirs publics, a résumé ses longues délibérations dans les conclusions suivantes :

« 1° L'Académie estime que la réglementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre la propagation des maladies vénériennes ;

« 2° La prostitution qui s'affiche dans les rues, les promenades et les lieux publics, étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, doit être interdite ;

« 3° Les femmes qui seront convaincues de se livrer habituellement à la débauche seront inscrites et soumises aux visites sanitaires ;

« 4° Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent, dans toutes circonstances et partout, protéger l'honneur et la dignité des personnes ;

« 5° L'Académie royale de médecine de Belgique estime que les visites sanitaires, fréquentes et convenablement appliquées, constituent le moyen le plus efficace pour arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques. »

On voit, par ces conclusions, que l'Académie royale de médecine de Belgique, se renfermant dans ses attributions, pose le principe et donne les indications des nouvelles mesures à prendre pour surveiller la prostitution et restreindre ainsi la progagation des maladies vénériennes. Mais comment et par qui ces mesures devront-être elles être instituées et appliquées ? Faudra-t-il une loi, un décret, un simple arrêté ministériel ? La provocation dans un lieu public sera-t-elle un délit, une contravention ou toute autre chose ? Est-ce l'autorité judiciaire ou l'autorité administrative qui aura à la prévenir ou à la réprimer ? Autant de questions que l'Académie se garde d'aborder et dont elle laisse la solution au Gouvernement désormais préveuu, saisi de la gravité, du danger qui menace la santé publique, et instruit en principe des moyens propres à le conjurer.

Il semble qu'il y avait là un bon exemple à suivre. Nous avons en France une réglementation imparfaite, ou plutôt nous n'avons pas, à proprement parler, de réglementation de la prostitution. Les moyens d'en prévenir ou d'en réprimer les abus varient d'une ville à l'autre. A Paris, c'est la Préfecture de police qui a dans ses attributions le service des mœurs. Dans des villes de province, à Lyon, par exemple, c'est le tribunal de simple police qui punit la provocation en s'appuyant sur l'article 471 du Code pénal. Ailleurs, c'est la police municipale qui intervient. M. Le Fort a montré combien sont vagues les articles de loi et ordonnances qui, à Paris, attribuent à la Préfecture de police la surveillance de la prostitution. Si elle jouit en fait d'un pouvoir discrétionnaire qui a conduit nécessairement à des abus, ce pouvoir, légalement, est assez mal défini pour qu'elle soit, dans des cas trop nombreux, impuissante à atteindre ou à réprimer le mal. De là, diminution progressive du nombre des filles inscrites pendant que le chiffre des prostituées en général augmente et, comme conséquence de cet essor donné à la prostitution clandestine, propagation plus active des maladies vénériennes.

Voilà les faits que l'Académie avait surtout à dégager, à faire ressortir, à démontrer, et cette démonstration la conduisait tout naturellement à demander aux pouvoirs publics l'organisation d'un nouveau système plus efficace, aussi bien en province qu'à Paris, pour mettre un frein à cette extension progressive de la prostitution et des maladies qu'elle apporte avec elle. C'est ensuite au Gouvernement de s'éclairer d'hommes compétents, jurisconsultes, administrateurs, hygiénistes, pour organiser, de concert ou non avec le Parlement, le système qui répondra le mieux aux *desiderata* signalés. Donc, à propos de la lutte engagée à l'Académie entre les partisans de l'autorité judiciaire et ceux de l'autorité administrative pour la répression de la provocation et l'inscription des filles, on peut dire : *non est hic locus*. Cette partie du débat est d'avance frappée de stérilité.

— M. Galezowski a signalé à la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE deux nouveaux signes oculaires dans la période prodromique de l'ataxie locomotrice ; ce sont : une paralysie monoculaire du muscle de l'accommodation, sans mydriase ni paralysie d'aucun des autres muscles innervés par la troisième paire, et ne s'accompagnant d'aucun trouble de la vision quand le malade regarde des deux yeux ; en second lieu et concurremment, une anesthésie cutanée en plaques de la région péri-orbitaire.

Cette paralysie de l'accommodation se rencontre dans d'autres états morbides, mais elle s'en distingue par des caractères particuliers. Ainsi elle n'est pas binoculaire, comme celle qui succède à la diphthérie ; elle ne coïncide pas avec de la mydriase, comme celle qu'on observe chez les hystériques et dans la syphilis ; l'anesthésie cutanée qui l'accompagne n'existe pas dans celle qui est de nature syphilitique et serait plutôt remplacée par de l'hyperesthésie dans celle qui est d'origine traumatique.

En somme, une paralysie de l'accommodation, monoculaire, sans mydriase et avec anesthésie péri-orbitaire, survenant chez un adulte, serait le symptôme initial de l'ataxie locomotrice et permettrait ainsi de combattre la maladie tout au début de son évolution.

— L'incident relatif à la médecine thermale devant la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, dont nous avons parlé dans notre précédent Bulletin, a eu une suite dans la dernière séance de cette Société.

La Société d'hydrologie, gardienne vigilante de l'honneur et de la dignité de ses membres, s'est émue de cet incident et a jugé devoir adresser au président de la Société de chirurgie la lettre suivante :

Paris, 18 févier 1888.

A M. le Président de la Société de chirurgie.

Monsieur le Président et très honoré confrère,

La Société d'hydrologie médicale de Paris a été profondément émue d'un compte-rendu, publié dans les journaux de médecine, de la séance du 8 février de la Société de chirurgie. C'est en son nom que nous venons protester, confraternellement, contre des expressions et des insinuations qui ne touchent à rien moins qu'à l'honorabilité de tous ceux de vos confrères qui s'occupent des Eaux minérales, et tendraient à mettre en bloc leurs travaux et leurs communications au ban de la science.

S'il se peut rencontrer dans les émanations de la médecine thermale « *autre chose que le côté scientifique* » ou « *des côtés industriels* », est-il donc impossible aujourd'hui de faire de semblables rencontres dans d'autres branches de notre profession ?

La clinique thermale est aussi sérieuse qu'aucune autre, et ses représentants ont autant de droits à une critique équitable et déférente que les représentants des autres cliniques.

La Société d'hydrologie a d'autant plus regretté l'incident dont il s'agit qu'il s'est produit au sujet de l'un de ses membres pour lequel tous ses collègues professent la plus grande estime, et dont les paroles ont toujours été écoutées avec la confiance la plus entière.

L'émotion ressentie dans cette occasion est dûe principalement, M. le président, à la haute situation de la Société que vous présidez, et à la grande autorité de tout ce qui émane d'elle.

Nous sommes assurés d'avance des sentiments d'équité et de confraternité avec lesquels elle accueillera cette juste protestation.

Veuillez agréer, etc.

Ont signé : Durand-Fardel, *président honoraire ;*
Danjoy, *président ;*
Leudet, *secrétaire général.*

Après lecture de cette lettre en séance, le bureau de la Société de chirurgie, considérant que la Société ne saurait être responsable de l'opinion personnelle de chacun de ses membres, a proposé de répondre qu'il n'y avait pas lieu pour elle de se prononcer dans la question, et a demandé l'ordre du jour.

On a fait observer, d'un autre côté, que la protestation de la Société d'hydrologie, ayant pour point de départ non le procès-verbal officiel de la séance de la Société de chirurgie, mais les comptes rendus des journaux de médecine, qui pouvaient être inexacts, manquait, par cela même, d'une base solide. Et, de fait, au cours des explications qui ont été données, l'honorable membre de la Société de chirurgie dont l'intervention, dans la discussion du mémoire de M. Grimaux, avait le plus ému les médecins hydrologues, a déclaré que son opinion a été mal interprétée par les comptes rendus des journaux de médecine. Loin de lui la pensée de discréditer la médecine thermale : il croit, en effet, à l'action des eaux minérales, puisqu'il y envoie des malades ; d'autre part, il compte de nombreux amis parmi les médecins hydrologues, qu'il estime au même titre que tous ses autres confrères. Il a voulu dire simplement que la Société de chirurgie avait à s'occuper de chirurgie, non d'hydrologie, et qu'elle devait ainsi se garder d'accueillir facilement des travaux qui l'éloigneraient de l'ordre habituel de ses études, et sur lesquels, en particulier pour ceux qui viennent de l'étranger, elle ne pouvait se prononcer.

Appuyé par d'autres membres, l'ordre du jour a été voté.

Il y aurait peut-être quelques réflexions à faire sur divers points de l'incident ; mais il vaut mieux le clore. En somme, la déclaration franche et explicite reproduite plus haut donne satisfaction aux justes susceptibilités des médecins hydrologues. Ceux-ci devront seulement se souvenir que la Société de chirurgie se désintéresse de leurs travaux.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Société protectrice de l'enfance de Paris. — Cette Société a tenu sa séance générale annuelle dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence d'honneur de M. Hérard, président de l'Académie de médecine. Malgré la neige, la salle était remplie, d'un côté par les nourrices et les nourrissons, d'un autre côté par une assistance nombreuse, sympathique à une œuvre à la fois humanitaire et patriotique. Nous disons patriotique, car la protection de l'enfance est un puissant moyen de contre-balancer la faible natalité de notre nation.

M. Marjolin, dans un discours fort applaudi, a fait l'historique des sociétés de protection de l'enfance depuis saint Vincent-de-Paul jusqu'à nos jours

M. Blache, secrétaire général, a donné lecture du compte-rendu moral et financier de l'œuvre, qui devrait compter ses membres par milliers et sa fortune par millions, mais dont les adhésions s'élèvent à peine à 3.200 et le capital à 130.000 francs.

M. Picot, de l'Institut, a lu ensuite le rapport de M. Moizard sur les récompenses à décerner aux médecins inspecteurs. Ont obtenu : une *médaille d'or*, M. le docteur Jenot (de Dercy) ; des *médailles de bronze*, MM. les docteurs Brun (de Ladon) et Toussaint (d'Argenteuil).

La séance s'est terminée par le rapport de M. le docteur Leroux sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, et par la distribution de ces récompenses.

Hygiène publique. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est occupé, dans sa dernière séance, des mesures à prendre pour enrayer l'épidémie de variole qui commence à sévir dans le département du Morbihan. Sur le rapport de M. le docteur Roux, il a recommandé : l'isolement des malades, des désinfections à l'aide d'étuves locomobiles à vapeur sous pression, pour les linges, matelas et vêtements, ainsi que l'emploi de l'acide sulfureux et des pulvérisations antiseptiques pour les logements ; la vaccination en masse des populations par le vaccin animal et l'apposition d'instructions spéciales, par voie d'affiches, pour faire connaître aux populations les mesures à prendre.

— Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a entendu la lecture du rapport de M. Alexandre sur la rage des animaux et approuvé les conclusions suivantes :

« 1o Nomination dans chaque arrondissement de Paris et dans chaque canton suburbain de vétérinaires préposés à la visite des animaux suspects ;

« 2o Transport à la fourrière des animaux suspects, suivant la définition du mot suspicion donné au cours du rapport (1) ;

« 3o Appropriation d'un local spécial, servant de fourrière, dans chaque chef-lieu de canton de la banlieue ;

« 4o Création d'un laboratoire à l'usage du service vétérinaire sanitaire.

« La commission insiste de nouveau sur la nécessité absolue de supprimer les chiens errants à l'aide des mesures qui suivent :

« *a*) Utilisation du personnel des gardiens de la paix, ou, à son défaut, création d'un personnel spécial ;

« *b*) Obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année ;

« *c*) Application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 23 juin 1882, ainsi conçus :

« Art. 53. — L'autorité administrative pourra, lorsqu'elle croira cette mesure utile, particulièrement dans les villes, ordonner par arrêté que tous les chiens circulant sur la voie publique soient muselés ou tenus en laisse.

« Art. 54. — Lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, le maire prend un arrêté pour interdire, pendant six semaines au moins, la circulation des chiens, à moins qu'ils ne soient tenus en laisse.

« La même mesure est prise pour les communes qui ont été parcourues par un chien enragé. »

Exercice de l'art dentaire en France. — Les docteurs en médecine exerçant la profession de dentiste, viennent d'adresser la pétition suivante aux membres de la Commission parlementaire chargée d'examiner le projet de révision de la loi sur l'exercice de la médecine et aux ministres chargés de défendre le projet du Gouvernement.

« Les médecins soussignés, adonnés à l'étude et à la pratique de la *stomatologie (maladies de la bouche, profession de dentiste)*, dé-

(1) « Tout animal qui, *sans provocation*, mord les personnes ou les animaux, *est suspect.* »

sirent formuler quelques observations au sujet des projets de lois en préparation sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne la rédaction des articles relatifs à l'exercice de la profession de dentiste.

Ces observations se résument dans les conclusions suivantes :

1° Les soussignés adoptent d'une manière complète la rédaction de l'article 6 du projet du Gouvernement qui exige, pour l'exercice de la profession de dentiste, le diplôme de docteur en médecine ou celui d'officier de santé au même titre que pour toute autre spécialité médicale ou chirurgicale, *opthalmologie, dermatologie, syphiliographie*, etc.

2° Ils protestent contre toute mesure tendant à la création d'un diplôme spécial de dentiste, nécessairement inférieur aux précédents, et dès lors incapable de sauvegarder les intérêts moraux et scientifiques de leur spécialité, aussi bien que la sécurité des malades ;

3° Les soussignés s'appuient, pour soutenir leur opinion, sur des témoignages conformes, en même temps que sur des considérations historiques et critiques contenues dans des notes et documents annexés à la pétition.

4° Les soussignés se tiennent en outre entièrement à la disposition de MM. les membres de la Commission parlementaire et de MM. les ministres pour discuter, développer et défendre leur manière de voir. »

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Ménard est nommé préparateur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Guibert, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Peyrusson est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

AUTRICHE-HONGRIE. — Une Société d'obstétrique et de gynécologie vient de se fonder à Vienne, sur l'initiative de M. le professeur Breisky.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 12 AU SAMEDI 18 FÉVRIER 1888.

Fièvre typhoïde 11.—Variole 5.— Rougeole 19.— Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Diphtérie, croup, 42 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 190.— Autres tuberculoses 38. — Tumeurs : Cancéreuses 38. — Autres 6. — Méningite 44. — Congestion et hémorr. cérébrales 48.—Paralysie 7.—Ramollissement cérébral 15.—Maladies organiques du cœur 83.— Bronchite aiguë 42. — Bronchite chronique 50. — Broncho-pneumonie 46.— Pneumonie 70. — Gastro-entérite : Sein 15. — Biberon 37. — Antres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 30. — Sénilité 31. — Suicides 15. — Autres morts violentes 11. — Autres causes de mort 188. — Causes inconnues 12. — Total de la semaine: 1112 décès.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 9 3 MARS 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE MÉDICALE

LE VERTIGE PARALYSANT, par M. le docteur GERLIER (de Ferney).

M. le docteur Gerlier et quelques-uns de ses confrères de la Suisse ont signalé, sous le nom de *vertige paralysant*, une névrose singulière qui atteint exclusivement les campagnards. Avec le zèle quasi-paternel qu'on a pour toute chose qu'on a contribué à mettre en lumière, M. Gerlier s'est attaché à rechercher de nouveaux faits qui lui permissent de contrôler, de compléter ceux qu'il a déjà fait connaître et les inductions qu'il en a tirées. Il a recueilli ainsi neuf observations qui, avec les faits antérieurs, lui ont servi de base à la description générale de la maladie. Nous empruntons cette intéressante description à la *Revue médicale de la Suisse romande*. (N. de la R.).

ASPECT DE LA MALADIE. — Rien de plus divers et de plus dissemblable que l'aspect des accès, tantôt complets, tantôt incomplets. Un homme qui se met à balbutier en parlant, qui perd le mouvement des mains, on tout à coup ne peut ouvrir la bouche, ne ressemble en rien à celui qui est terrassé par une parésie généralisée.

J'ai décrit l'année dernière le type de l'*aveugle ivre*, cette forme saisissante, dans laquelle la tête fléchit et les jambes titubent, est la conséquence d'une parésie frappant simultanément la paupière supérieure, la nuque et les membres inférieurs. On le retrouve dans certaines de mes dernières, mais à certains jours seulement, alternant avec des accès d'une allure plus modeste. C'est sur le champ de fête du Tir fédéral qu'on aurait pu l'observer cette année le plus facilement.

Il est un autre type d'accès complet plus commun et tout aussi remarquable, qui n'a pas échappé au docteur David, et que j'appellerai le type du *recueillement*. Le campagnard pris en plein champ, tout à coup incline la tête, s'appuie sur son outil comme sur un bâton, et attend immobile la fin de la crise. Son attitude rappelle celle du paysan de Millet dans son tableau de l'Angelus. Chez lui, la parésie des membres inférieurs fait défaut, ou à peu près.

Enfin, parmi les innombrables formes de l'accès incomplet, il faut noter celui qui est borné au simple ptosis et réalise le type de l'*homme qui dort debout*.

SÉMÉIOLOGIE. — Le vertige paralysant est caractérisé par trois ordres de signes : les troubles de la vision, les parésies momentanées et la douleur spinale.

Troubles de la vision. — L'obnubilation est constante : tous les malades l'accusent et elle n'est pas la conséquence du ptosis. Résulterait-elle d'une amblyopie? Le docteur Hal-

FEUILLETON

ELOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Suite. — Voir les numéros 53 (1887), 1, 5, 6 et 8.

Si je me suis arrêté longuement sur les premiers travaux de M. Bouillaud, c'est que ce sont eux surtout qui portent la marque distinctive de l'admirable méthode, je puis même dire du génie d'observation auxquels il a dû de découvrir des vérités scientifiques absolument nouvelles et qui n'ont rien à craindre, ni de l'épreuve du temps ni du flot mouvant des doctrines.

Mais à ces œuvres complètement originales, bien d'autres étaient venues s'ajouter qui toutes révélaient chez leur auteur une grande élévation de vues et un véritable esprit philosophique; c'est ainsi qu'avaient successivement paru le *Traité de nosographie médicale*, un *Essai sur le vitalisme et l'organicisme*, un autre : *Sur le rapport des sciences physiques avec la médecine*, en un mot tout un ensemble de travaux dans lesquels se trouvaient exposées des doctrines du maître.

Ces doctrines, tous les savants qu'avaient réunis à Paris, en 1867, le Congrès international de médecine, ne les acceptaient peut-être pas, mais tous entouraient d'une même admiration et d'un même respect le savant auquel la science médicale devait de si belles et de si utiles conquêtes; aussi, est-ce par une acclamation unanime que médecins français et étrangers proclamèrent M. Bouillaud président du Congrès.

C'est à ces mêmes sentiments que, deux ans plus tard, au Congrès médical international de Florence, notre illustre collègue dut d'être accueilli par une véritable ovation et d'être nommé seul président d'honneur.

Lorsqu'on voit avec quelle unanimité le monde médical avait, dès 1867, reconnu et consacré par ses votes la suprématie scientifique de M. Bouillaud, lorsqu'on songe surtout au nombre imposant et à la haute valeur de ses titres, on ne pourrait trop s'étonner qu'il ne fût pas encore entré à l'Institut, si l'on ne savait que, pendant près de vingt ans, aucune vacance ne s'était produite

tenhoff a trouvé, dans la majorité des cas récents, que l'acuité visuelle est normale. Il serait donc plus rationnel de suspecter une kopiopie ou une asthénopie causées par un défaut d'accommodation. On peut prétendre aussi que l'amblyopie est réelle mais passagère, comme les parésies.

Quoi qu'il en soit, il est très remarquable que cette obnubilation se produit plus facilement par la vision éloignée que par la vision rapprochée. Rien n'engendre plus facilement l'accès que la vue de l'espace. C'est une influence que j'utilise souvent pour poser, dans l'intermission, un diagnostic certain et produire au moins le ptosis. Le médecin pourrait croire à une agoraphobie, si, témoin par hasard du phénomène produit par le regard sur une place publique, il ne pouvait interroger le malade.

L'obnubilation se produit encore quand le malade fixe attentivement et pendant un certain temps un objet rapproché. La lecture devient impossible ou difficile à l'homme atteint du vertige paralysant, et c'est une véritable peine pour un liseur de journaux. Si peu de gens s'en plaignent, c'est qu'à l'époque des grands travaux des champs, le paysan a d'autres occupations et ne songe guère à lire. La lecture le soir, à la lumière artificielle, est encore plus pénible que le jour. Le fait est nettement constaté. L'obnubilation se produit donc facilement la nuit, alors qu'à cette heure les parésies cessent.

Si l'on peut, à la rigueur, attribuer l'obnubilation à une amblyopie passagère, il n'en est pas de même de la diplopie. Ce phénomène, fort commun, se produit dans la majorité des cas, et il est bien peu de malades qui ne l'accusent. Il est évident que ce signe se rattache à des parésies des muscles de l'œil et qu'il devrait, aussi bien que le ptosis, rentrer dans le chapitre des paralysies.

Enfin quelques malades ont signalé des éblouissements et des étincelles dans les yeux, tandis qu'un seul a accusé le vertige giratoire et le vertige *nutans*. Fait qui peut tenir, il est vrai, à la rareté des cas intenses en 1887.

Je n'ai jamais pu constater ni inégalité de pupilles, ni strabisme, ni gêne dans la rotation du globe oculaire; mais il est juste d'observer que l'examen de l'œil dans l'accès est entravé par le ptosis, et qu'il faudrait saisir au vol ces phénomènes passagers.

Parésies momentanées. — J'ai peu de chose à ajouter à la description donnée par moi l'année dernière, au chapitre de la *Résolution musculaire*, et je n'ai rien à y retrancher. On a dit que les phénomènes signalés étaient peut-être dus à des contractures. Cela pourrait être en effet, mais cela n'est pas. C'est une question de fait.

Rien de plus facile que de reconnaître la nature du ptosis et de la flexion de la tête en avant. Le malade, lui, ne s'y trompe pas, quand il soulève la paupière avec le doigt pour pouvoir conduire son cheval, ou quand il relève le menton avec la main. Il m'a été donné de vérifier la parésie d'une main en crochet et d'ouvrir les doigts sans peine. J'ai pu aussi vérifier *de visu* une parésie des gastro-cnémiens, et les titubations dans l'accès du type de *l'aveugle ivre*, indiquent assez la nature du trouble fonctionnel des membres inférieurs.

L'impossibilité d'ouvrir la bouche, cette forme de trismus, a nécessité une analyse attentive. Un malade qui restait souvent bouche close pendant son repas, m'a raconté qu'il lui était alors très facile d'abaisser le menton avec la main, et que, s'il ne pouvait plus mastiquer, il pouvait cependant casser une noix entre ses dents. Le masséter et le temporal se contractent donc régulièrement, tandis que les abaisseurs maxillaires, leurs antagonistes, sont paralysés.

La rareté des cas vraiment graves pendant l'année 1887 ne m'a pas permis d'assister à des accès complets et de contrôler à nouveau les phénomènes les plus intéressants de cette maladie. Le faux trismus n'a été accusé que par un seul malade, et la dysphagie, ainsi que l'embarras de la parole, ne m'ont été signalés que deux fois. Par contre, les symptômes ordinaires, le ptosis et la flexion de la tête en avant, se retrouvent chez tous les malades, sans exception aucune.

La parésie du trayeur, fréquente l'année dernière, alors que les bergers venaient d'eux-mêmes me consulter et que je n'en étais pas réduit à me livrer à la recherche du vertige, ne s'est rencontrée bien manifeste qu'une seule fois cette année.

Les deux domestiques de Villars-Dame, chargés de traire les vaches, n'ont pas éprouvé nettement la difficulté de traire. Cela tient apparemment à ce que ces deux serviteurs n'étaient pas préposés à cette unique fonction. Ils n'avaient à soigner que 3 ou 4 vaches, nombre insuffisant pour produire la para-

---

dans la section de médecine à l'Académie des sciences; mais ce qu'on aura peine à croire, c'est qu'une place étant devenue vacante, en 1868, par la mort de M. de Serres, M. Bouillaud hésitait à se présenter; et cela, j'ai le droit de le dire, car j'ai été le témoin et en quelque sorte le confident de ses hésitations; il croyait que ses œuvres n'étaient pas encore dignes de l'honneur qu'il osait à peine ambitionner.

L'accueil fait par l'Institut à sa candidature, au mois de juin 1868, fut très significatif et lui montra combien il avait eu tort d'hésiter à briguer des suffrages qui lui étaient depuis longtemps acquis.

Cette élection mettait le comble aux bonneurs qu'avaient valus à M. Bouillaud et ses œuvres et la dignité de sa vie; elle fut pour lui et pour tous les siens un juste sujet de joie et d'orgueil. Mais, hélas! la compagne qui, au début de sa carrière, avait été son collaborateur courageux et dévoué, qui avait partagé avec lui, pour l'aider à en supporter le fardeau, les émotions sans cesse renaissantes des luttes que ses concours et ses travaux l'avaient obligé de soutenir, celle enfin qui avait élevé près de lui et avec lui une famille qui, par d'heureuses alliances, était restée en tous points si digne de son chef, celle-là ne devait pas jouir longtemps du dernier triomphe de son mari; elle mourut moins de deux ans après, rouvrant et creusant plus profondément dans le cœur de M. Bouillaud la plaie qu'y avait faite, quelques années avant, la perte de l'un de ses gendres.

Tout, dans les paroles du maître, dans ses actes, attestait le religieux et tendre respect dont il entourait le souvenir de celle qu'il avait perdue; il portait constamment sur lui une des lettres qu'elle lui avait écrites au temps heureux où tout leur souriait; or, en 1875, pendant un voyage en Suisse, son portefeuille lui fut enlevé; ce portefeuille renfermait l'argent du voyage et une de ses chères lettres, et, plus sensible à la perte de celle-ci qu'à celle des billets, M. Bouillaud disait avec tristesse : « Si au moins ce malheureux m'avait renvoyé la lettre qui m'était si précieuse et dont il ne peut rien faire, je lui pardonnerais. »

Les dernières publications de M. Bouillaud dataient déjà de plusieurs années lorsqu'il entra à l'Institut; mais son esprit toujours jeune et toujours ardent ne pouvait se désintéresser d'aucune des grandes questions que soulèvent les progrès constants de notre science, et il n'est pas un de nous qui ne se rappelle la large part qu'il a prise jusqu'à ces derniers jours à toutes les discussions im-

lysie fonctionnelle de la main dans les cas de faible intensité, comme les leurs.

Il ne faudrait pas croire pour cela que la parésie du membre supérieur ait été rare. Elle s'est au contraire présentée fort souvent, et trois malades ont eu des accès à lâcher leurs outils.

La parésie des membres inférieurs, fort commune aussi, est notée dans 6 cas sur 9. Chez trois d'entre eux, elle a été portée au point d'entraîner la chute sur le sol.

Mentionnons deux faits qui n'avaient pas jusque-là attiré mon attention. Un malade a remarqué qu'il avait à certains moments beaucoup de difficulté à cracher, et comme j'observe chez lui du tremblement des lèvres, je ne mets pas en doute que ce phénomène ne soit dû à la paralysie des buccinateurs. Un autre m'a décrit deux accès de forme spéciale, qui me laissent supposer un mélange de paralysie diaphragmatique.

Mais ce qui me frappe surtout dans le dépouillement de mes observations, c'est la prédominance à gauche des phénomènes paralytiques. Pour le ptosis en particulier, on dirait que c'est une loi. Cependant on peut voir que la parésie, après avoir prédominé d'un côté du corps, peut prédominer de l'autre.

Douleur spinale et *irradiations*. — Les modifications à apporter dans ce chapitre à ma description primitive sont assez nombreuses pour que son titre même de *Douleur cervicale ou faux torticolis*, soit remplacé par un autre.

Dans la grande majorité des cas, l'accès s'accompagne d'une douleur à la nuque. C'est tantôt un sentiment de barre, de cordon sur le cou, tantôt de pression, de poids ou d'étreinte. Cette douleur à la nuque est notée dans mes observations sept fois sur neuf, mais il est deux cas où la douleur cervicale est remplacée par une douleur lombaire, de sorte qu'un faux lumbago a succédé au faux torticolis, et un autre cas où la douleur cervicale a coexisté avec la douleur lombaire. Il y avait simultanément faux torticolis et faux lumbago. Il est donc nécessaire de remplacer le titre de douleur cervicale par celui de douleur spinale.

A ces deux foyers spinaux se rattachent les irradiations, sortes d'élancements douloureux qui ressemblent aux douleurs fulgurantes des myélites postérieures, mais en diffèrent par une intensité moindre et une durée plus longue. Ces irradiations sont tantôt bilatérales, tantôt unilatérales. Au foyer cervical se rattachent les irradiations sur les yeux, tandis que le foyer lombaire émet : 1° des irradiations en ceinture; 2° des irradiations abdominales simulant la chute du ventre ; 3° des irradiations sur les membres inférieurs. Ces symptômes doivent toujours être présents à l'esprit si l'on ne veut pas rester interdit devant le récit peu lucide d'un paysan.

Mais il peut arriver que le malade accuse l'irradiation alors qu'il omet le foyer spinal. Dans un cas, un berger accuse la douleur sur l'œil gauche et pas de faux torticolis; dans un autre cas, le malade accuse les trois irradiations du point lombo-dorsal, sans parler de douleur lombaire. Dans ces cas, il est probable que la violence de l'irradiation masque le point spinal suivant l'axiome : *duobus doloribus simul obortis*, etc., D'où ce principe que le point spinal peut manquer et être remplacé par une irradiation douloureuse.

(A suivre.)

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

Traitement des convulsions éclamptiques et urémiques chez les enfants. — Analyse d'une leçon de M. le docteur Jules Simon à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. le docteur W. H.

M. Jules Simon commence par établir cette règle capitale que, dans tout cas d'éclampsie, le médecin ne doit pas oublier de s'informer de l'état de la sécrétion urinaire chez le petit malade. Tant que l'état de mal éclamptique dure, la sécrétion de l'urine est, comme l'on sait, toujours suspendue. L'enfant peut bien uriner sous l'influence de la convulsion, mais la quantité de liquide écoulé est toujours petite, et jamais on n'observe dans ces conditions d'émission abondante d'urine. Quand cette dernière survient, quand au lieu de trouver le linge du petit malade simplement humecté, on constate qu'il est bien trempé par de l'urine rendue, pour ainsi dire, à flots, on peut alors, en toute sécurité, annoncer aux parents la prompte disparition des convulsions et cesser en même temps le traitement. En effet, une émission abondante d'urine est dans l'éclampsie, comme dans beaucoup d'autres accès nerveux, un phénomène critique qui annonce sûrement la fin prochaine de l'attaque.

---

portantes de l'Académie, et cela avec une verve et une éloquence qui ne le cédaient en rien à celles dont il avait fait retentir cette enceinte, au temps des luttes mémorables qu'avaient autrefois provoquées, à leur apparition, ses idées nouvelles.

Depuis que l'Académie de médecine l'avait admis dans ses rangs, M. Bouillaud avait montré tout le prix qu'il attachait à cet honneur en suivant les séances avec une assiduité d'autant plus méritoire, qu'il y était resté fidèle, même à l'époque où les exigences du professorat, d'une consultation débordante, et ses travaux incessants, auraient pu justifier les absences plus ou moins répétées. Mais comme Velpeau, Louis, Trousseau, Depaul, pour ne citer que les morts, et comme tant d'autres encore dont les instants n'étaient pas moins précieux, loin de dédaigner l'Académie, il avait de tout temps considéré comme un devoir et tenu à honneur de prendre part à ses travaux, autant par respect pour lui-même que par respect pour ses collègues.

Ce même sentiment de respect, il l'avait au plus haut degré pour la profession médicale; toute sa vie n'en a été qu'un long et éclatant témoignage ; il la tenait en si haute estime qu'il la plaçait au-dessus de toutes les autres, et il aimait à citer ces paroles de Descartes : « Les rapports du physique et du moral sont si intimes que c'est à la médecine qu'il faut demander la solution des problèmes qui intéressent le plus la grandeur et le bonheur de l'humanité. »

Mais, il y a plus de deux mille ans, Hippocrate avait déjà dit : « Le but final de la médecine n'est pas seulement de guérir et de prévenir les maladies, c'est de perfectionner les hommes et tout ce qui les entoure et de les rendre plus heureux en les rendant meilleurs. »

De tout temps, la réalisation de ce magnifique programme a été dans les vœux de tous les médecins vraiment dignes de ce nom, et jamais peut-être ils n'ont fait de plus grands efforts que de nos jours, pour y parvenir par les progrès de l'hygiène ; mais ces efforts seront vains ou ne produiront que des résultats incomplets, tant qu'ils ne seront pas dirigés et secondés par une organisation puissante, et surtout par une concentration autonome, en des mains compétentes, de tous les services de l'hygiène publique.

(A suivre.)

Cependant, il arrive souvent que les convulsions persistent après le rétablissement de la sécrétion urinaire. Le médecin ne doit pas s'en alarmer. Ces convulsions ne sont qu'une agitation superficielle, dernier vestige d'une tempête apaisée; elles disparaîtront bientôt et tout rentrera dans l'ordre.

Avant de parler du traitement curatif de l'attaque d'éclampsie, M. Jules Simon passe rapidement en revue les mesures prophylactiques. La dyspepsie étant la cause de beaucoup la plus commune de l'éclampsie chez les enfants, c'est surtout les écarts de régime qu'il faut éviter, en insistant sur une sage hygiène alimentaire. On doit en outre sauvegarder les enfants, surtout les nerveux, contre toutes les surexcitations auxquelles, malheureusement, ils ne sont que trop exposés dans nos sociétés modernes. Il n'est pas rare de voir des bébés de trois mois à deux ans participer à tous les plaisirs de la famille, assister aux réceptions, etc., et être, en un mot, constamment excités par le milieu et les parents névropathes. Aussi ces enfants deviennent-ils souvent des *irrités du cerveau*, et, dans la suite, la proie de l'éclampsie ou d'une affection nerveuse plus grave encore. Les mesures prophylactiques contre l'irritation cérébrale sont faciles à comprendre et peuvent se résumer en un seul mot : l'isolement.

Passant ensuite à la thérapeutique, M. Jules Simon engage les jeunes médecins à ne pas se laisser décourager par la lecture de Trousseau qui, comme l'on sait, était très sceptique dans le traitement de l'éclampsie.

Dans l'opinion de Trousseau, toute intervention active, comme le bain sinapisé, par exemple, irrite le petit malade et par conséquent ne peut que lui être nuisible. Aussi Trousseau conseille-t-il de se borner aux moyens anodins qu'on emploie dans le seul but de tranquilliser les parents, en ayant l'air de faire quelque chose.

Mais cette manière de voir tombe devant l'objection suivante : on sait que pendant l'accès de convulsions éclamptiques, les enfants sont complètement *insensibles et inconscients;* donc les moyens thérapeutiques employés ne peuvent produire l'irritation si redoutée de Trousseau. Donc, il faut agir.

Et maintenant, que doit faire le médecin en présence d'une attaque d'éclampsie?

La dyspepsie étant la cause la plus fréquente de l'éclampsie, le médecin doit s'occuper avant tout du tube digestif et donner ce qu'il faut et ce qui se trouve sous la main pour produire une évacuation par le bas. Il prescrira donc un lavement purgatif (avec de la glycérine) par exemple, qu'au besoin il administrera lui-même.

Il tâchera ensuite de provoquer le vomissement en titillant la luette et le fond de la gorge, ou bien en donnant, dans un moment d'accalmie, et quand le malade peut avaler, du sirop d'ipéca avec de la poudre d'ipéca en quantité correspondante à l'âge de l'enfant.

Si ces moyens sont insuffisants, on prescrira le lavement purgatif suivant :

Sulfate de soude......	30 grammes.
Follicules de Séné.....	8 —
Eau...............	200 —
Miel de mercuriale....	100 —

Détail qui n'est pas à négliger : expliquer aux parents que la mercuriale n'est pas le mercure.

Malgré les moyens employés, l'attaque persiste. Il faut alors agir sur le système nerveux et recourir aux inhalations de chloroforme ou d'éther. Il n'y a rien à redonter de ces inhalations qu'on peut, au besoin, continuer pendant des heures, sans préjudice pour le malade.

Tout en s'occupant des inhalations, le médecin fait préparer le lavement suivant :

Chloral hydraté......	1 gramme.
Teinture de musc.....	XX gouttes.
Eau...............	50 à 60 grammes.

Se méfier de l'intolérance de l'intestin (déjà irrité) et donner le lavement en deux fois, avec une seringue en verre.

Le lavement au chloral a été gardé, mais la crise continue. Dans ce cas, le médecin prépare lui-même un bain sinapisé à 38° et y plonge l'enfant en le tenant par le menton. En provoquant une fluxion de la peau, ce bain diminue les troubles circulatoires qui accompagnent toujours l'éclampsie. M. Jules Simon a vu des enfants en état de mal éclamptique depuis plusieurs jours revenir à eux dans le bain sinapisé, demander à boire, etc.

Quand les accès ont diminué et les petits malades sont en état d'avaler, on prescrit la potion ci-après :

Bromure de potassium.....	1 gramme.
Musc.................	0,10 centigr.
Eau de laurier-cerise.....	15 grammes.
Sirop de codéine.........	5 —
Sirop de fleurs d'oranger...	30 —
Julep gommeux..........	100 —

Prendre par cuillerée à café toutes les 15 ou 30 minutes, ou d'heure en heure, selon l'intensité et la fréquence des accès.

Si, malgré tout, l'attaque continue, on applique sur la nuque un vésicatoire de 3 centimètres de large sur 6 centimètres de long; on le laisse pendant trois heures. On le remplace ensuite par un cataplasme de fécule et on entretient la suppuration au moyen de la pommade épispastique.

Quand l'éclampsie a pour cause l'*urémie*, il faut, sans hésiter, recourir aux émissions sanguines, seul remède rapidement efficace dans les cas de ce genre. Chez les enfants de 2 à trois ans, on pose une sangsue derrière chaque apophyse mastoïde. Chez des sujets plus âgés, 5 à 6 ventouses scarifiées doivent être appliquées sur la région rénale. Le malade est couché sur de la laine, enveloppé d'une longue chemise de flanelle. On lui fait prendre des bains d'air chaud au moyen d'une lampe à alcool à plusieurs becs et d'un grand entonnoir qui fait arriver l'air chaud sous les couvertures.

A part cela, le traitement de l'éclampsie urémique ressemble à celui de l'éclampsie ordinaire (chloral, bromures, etc.), seulement il doit être plus actif.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS DE POLYURIE ESSENTIELLE, par M. SONQUES, interne des hôpitaux.

La nommée Isabelle Ch...., âgée de trente-quatre ans, brocheuse, entre, le 18 février 1888, dans le service de M. Gouraud, à l'hôpital Cochin.

Cette malade ne présente rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires; il n'en est pas de même de son histoire personnelle qui, sans mettre absolument sur la voie du diagnostic, offre quelques détails intéressants. Isabelle Ch.... a été élevée par une mère insouciante qui aimait peu sa fille et la mettait en place dès l'âge de huit ans. Plus tard, vers treize ans, la malade entre successivement à une imprimerie de Roanne et de Lyon, qu'elle quitte en 1879 pour venir à Paris. Durant ce laps de temps, elle a vécu de privations de toutes sortes. Surchargée de travail, mal nourrie, elle a eu outre éprouvé de nombreux chagrins. Séduite et abandonnée par son amant, elle en ressentit une tristesse profonde. Sous l'influence de toutes ces causes, son caractère devint facilement irritable; elle pleurait sans cause, vomissait sans raison apparente et avait toujours des idées tristes. Jamais pourtant elle n'a eu d'attaque de nerfs.

En 1882, elle se marie. Peu de temps après, elle contracte la syphilis et au mois d'octobre dernier survenait, dans la région sternale, une gomme ostéo-périostique, qui céda rapidement au traitement spécifique, et dont il ne reste actuellement aucune trace.

Un phénomène beaucoup plus important venait, en 1884, compléter ce tableau. Subitement, sans cause apparente, elle a des hématuries. Pendant deux ans, elle pisse continuellement du sang, du sang absolument rouge, dit-elle, et cela sans la moindre souffrance, sans la moindre altération de l'état général. Cette hématurie disparut comme elle était venue, c'est-à-dire sans raison appréciable et brusquement.

Vers la fin de décembre 1887, également sans cause appréciable, elle est tout à coup prise d'une polyurie abondante accompagnée de polydipsie extrême. Tourmentée par la soif, inquiète de cette hyperdiurèse, la malade, après s'être soignée chez elle sans succès, se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate les signes suivants :

Une *polyurie* intense; le premier jour, la malade urine seize litres dans les vingt-quatre heures; les jours suivants, légère diminution, la malade ne pissant plus que treize à quatorze litres par jour. La fréquence des mictions n'est pas plus grande la nuit que le jour; toutes les heures, elle est obligée d'uriner trois à quatre fois, ce qui amène une insomnie complète. Pas trace de douleur dans la miction.

Les urines sont pâles, claires, *nerveuses;* elles présentent un poids spécifique inférieur à la normale; elles ne pèsent, en effet, que 1,002. Aucun sédiment ne se dépose au fond du bocal. Examinées avec l'uréomètre de Thierry, on voit que l'urée ne dépasse pas le taux ordinaire, qu'elle ne l'atteint même pas. Effectivement, on ne trouve que 1g,33 par litre, ce qui, dans les vingt-quatre heures, élève la totalité de l'urée à 20 gr. environ. Aucune trace de sucre ni d'albumine.

Cette polyurie a entraîné consécutivement une *polydipsie* très marquée. La malade est tourmentée par une soif continuelle; elle a une sensation de sécheresse extrême dans la bouche; sans cesse elle est obligée de boire et de boire à petits coups. La quantité de boisson, mesurée pendant quelques jours de suite, égale à peu près la quantité d'urine excrétée par le rein.

Malgré ces phénomènes, il n'existe pas de polyphagie. L'appétit est normal, plutôt diminué, et la malade ne se plaint d'aucun trouble gastro-intestinal; elle digère bien, elle va régulièrement à la selle.

De reste, l'état général n'a nullement souffert depuis le début de l'affection. Isabelle Ch.. . peut vaquer à ses occupations; elle se plaint seulement de quelques douleurs névralgiques à la nuque et sur le trajet des nerfs intercostaux; elle n'a pas maigri, elle a même un certain embonpoint. Le pouls n'est pas fréquent, la température n'est pas abaissée. En un mot, tout se borne à de la polyurie suivie de polydipsie.

Cependant, il est un point qu'il faut mettre maintenant en lumière, point qui éclairera singulièrement le diagnostic étiologique. La malade présente des troubles nerveux intéressants, que l'étiologie pouvait déjà faire soupçonner. Elle a une diminution de la sensibilité générale dans le côté gauche du corps; elle a de l'anesthésie pharyngée. On peut, avec le doigt, aller jusqu'au fond du pharynx sans éveiller de réflexe. La sensibilité sensorielle est respectée; la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, n'offrent aucun trouble notable. Pas de point ovarien. Quelque incomplets que soient ces phénomènes, ils n'en ont pas moins une certaine valeur.

Au reste en procédant par exclusion, en montrant que cette polyurie ne peut trouver son explication dans aucune autre affection, on arrive en dernier ressort à la mettre sous la dépendance de l'hystérie.

Et d'abord, il ne s'agit pas ici de simulation; toutes les précautions, tous les moyens de contrôle ont été pris pour éloigner la supercherie. Il ne s'agit pas davantage du diabète sucré ni d'azoturie. L'examen minutieux, l'analyse plusieurs fois répétée de l'urine, n'a révélé aucune trace de sucre ni aucun excès d'urée. Il ne reste donc plus que la longue série des polyuries symptomatiques. Or ces polyuries se reconnaissent à la coexistence des maladies ou des lésions portant sur tel ou tel organe; il suffit donc, pour établir le diagnostic, de se livrer à l'examen minutieux de chacun d'eux. Eh bien! on peut éliminer les polyuries d'origine cérébrale, spontanées ou traumatiques, parce que, d'une part, il n'y a eu ici ni coup ni chute d'aucune sorte; parce que, d'autre part, les polyuries cérébrales sont le plus souvent précédées de troubles de la motilité et de la sensibilité et s'accompagnent d'ordinaire soit de glycosurie, soit d'albuminurie. Les polyuries d'origine rénale sont peu abondantes et ne peuvent être confondues avec la polyurie essentielle. Il en est de même de l'hyperdiurèse que l'on rencontre dans d'autres affections. La syphilis, qui peut avoir agi comme cause débilitante générale, ne semble pas pouvoir expliquer davantage ce trouble de la sécrétion rénale.

En procédant ainsi par voie d'exclusion, en remarquant en outre que la malade présente dans ses antécédents et dans son état actuel des phénomènes névropathiques assez accusés, on peut conclure qu'il s'agit ici d'une polyurie essentielle sous la dépendance probable de l'hystérie.

Il s'agit, en effet, d'un cas où il semble impossible de rattacher la polyurie à une autre maladie; il s'agit ici probablement d'un trouble vaso-moteur. La polyurie est en effet un trouble sécrétoire du rein, trouble dû à un excès de pression intra-vasculaire, ainsi que le démontre l'expérimentation. Les polyuries essentielles ne sont assurément que la reproduction, à l'état pathologique, des polyuries qu'on fait naître chez les animaux par des lésions portant sur le système nerveux. C'est donc dans le système nerveux et non ailleurs qu'il faut chercher la cause qui, dans la généralité des cas, préside à la production de la polyurie essentielle.

La polyurie relève donc d'une exagération de pression. C'est à une exagération de pression artérielle que sont dues les polyuries survenant à la suite d'irritation du quatrième ventricule (Claude Beroard), de la moelle allongée (Eckhard) ou du vague près du cardia (Hermann) ainsi que par la section du sympathique (Vulpiau).

Quel que soit le mécanisme intime de la polyurie, il ne paraît pas téméraire de rapprocher le cas de polyurie essentielle que nous venons de citer des faits tirés de l'expérimentation. Ce sont là, dans les deux cas, des phénomènes vaso-moteurs, des paralysies vasculaires du rein. Il nous sera donc permis, en terminant, pour toutes les raisons déjà données, de mettre cette hyperdiurèse sur le compte de l'état nerveux, d'autant que, pour les auteurs, l'hystérie est une des causes les plus fréquentes de la polyurie essentielle.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

ET DE BACTÉRIOTHÉRAPIE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. Sur l'étiologie du tétanos, par le docteur Giordano (*Giornalle della Academia di medic. di Torino*, 1887, nos 3 et 4). — V. Sur l'étiologie du tétanos, par le docteur A. Bonome. Travail du laboratoire du professeur Pio Foa, de Turin (*Fortschritte der Medicin.*, 1887, no 21, p. 690). — VI. Sur la signification étiologique des bacilles du tétanos, par le docteur Beumer (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, no 31). — VII. Sur l'étiologie du tétanos chez l'homme, par C. Hochsinger (*Centralblatt für Bacteriologie*, 1887, fasc. 6 et 7, p. 145-177). — VIII. Sur l'étiologie du tétanos, par le professeur L. Brieger (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, no 15). — IX. Recherches expérimentales sur la cause du tétanos, par le docteur Shakespeare (*Philadel. med. Times*, 15 octobre 1887).

Les travaux dont l'analyse va suivre se rapportent tous à la question, encore controversée, de l'origine infectieuse, parasitaire, du tétanos. La croyance à la nature *contagieuse* du tétanos date de loin, mais, jusque il y a troie ou quatre ans, elle était restée à l'état de présomption vague, partagée seulement par un petit nombre d'esprits. La question est entrée dans une voie nouvelle, du jour où le contage supposé a pris corps sous les traits d'un bacille qu'on a pu obtenir à l'état de cultures plus ou moins pures, et qu'on a inoculé avec succès à des animaux. Nous avons rendu compte dans la Gazette médicale (1885, no 16, p. 186) de cette découverte faite par Nicolaier, ainsi que des premières recherches complémentaires de Rosenbach (voir Journal des Sociétés scientifiques, 1886, no 17, p. 165) (1). Les travaux dont il va être question confirment, en les complétant, les résultats annoncés par Nicolaier et Rosenbach.

IV. Giordano, un élève du professeur Peroncito, a fait ses recherches à l'occasion d'un cas de tétanos survenu chez un homme de 40 ans, à la suite d'une chute d'un lieu élevé. L'accident eut pour suite immédiate une fracture compliquée de l'avant bras, avec déchirure de la peau. La plaie superficielle avait mauvais aspect. Désinfection, drainage. Le quatrième jour, le malade présentait les premiers symptômes du tétanos, et, le cinquième jour, il succombait à cette complication.

Peu de temps après la mort, Giordano a extrait de la plaie un peu de sang, un fragment du nerf médian et un fragment de veine thrombosée; le tout fut déposé dans du bouillon stérilisé. Des inoculations faites avec des particules de sang et de substance nerveuse, et avec des cultures provenant d'ensemencements de ces mêmes matières, n'ont donné que des résultats négatifs. Il en a été de même pour les inoculations faites avec des particules de tissu nécrosé, de moelle allongée, de rate, avec du pus recueilli à la surface d'une érosion des lèvres. Au contraire, du pus extrait d'une gaine vasculaire, dans la plaie de l'avant-bras, et le thrombus veineux de même provenance, inoculés à des lapins et à des cobayes, ont fait naître des accidents tétaniques. Des inoculations ont été faites ensuite avec des particules de paille et de poussière recueillies à l'endroit où avait eu lieu la chute; elles ont donné des résultats semblables. Le pus qui s'était formé au siège des inoculations contenait, à côté d'autres microbes, un petit nombre de bacilles réalisant les mêmes caractères morphologiques que les bacilles de Rosenbach.

A l'idée de Giordano, l'insuccès des inoculations faites avec des matières recueillies dans les parties superficielles, doit être imputé aux antiseptiques mis en contact avec la plaie.

V. M. Bonome, un compatriote de M. Giordano, a utilisé pour ses recherches de bactériologie trois cas de tétanos, survenus dans la commune de Bajardo, à la suite d'un récent tremblement de terre (23 février 1887). Du pus, fétide, ayant été recueilli chez ces trois tétaniques, a été examiné au microscope. Au milieu de microcoques, de bactéries et de bacilles d'espèces très variées, l'auteur a constaté la présence constante d'un bacille « immobile, fin, en forme de soie, qui se laisse facilement colorer, deux ou trois fois aussi long que le bacille de la tuberculose, à la fois plus épais et plus droit, un peu arrondi à ses extrémités, dont chacune était munie d'un renflement qui se colorait dans toute sa masse, d'où un aspect d'épingle ». Ni dans le sang, ni dans le liquide cérébro-spinal, ni dans la substance des centres nerveux, ni dans les eucs des nerfs, ni dans les viscères l'auteur n'a pu découvrir ce même bacille. Les essais de culture et les inoculations faites avec des particules de ces mêmes organes ont donné des résultats négatifs. Les inoculations faites avec du pus préalablement dilué dans de l'eau, ou avec le suc extrait des tissus avoisinants les plaies superficielles, ont eu pour résultat constant de développer un tétanos expérimental, à condition que l'inoculation eût lieu sous la peau ou dans l'épaisseur des muscles.

La durée de la période d'incubation variait suivant la quantité de matière infectieuse injectée. Le siège de l'inoculation avait une certaine influence sur la nature des accidents tétaniques (opisthotonos ou pleurosthotonos). Ce sont les souris et les lapins qui possèdent la plus grande réceptivité pour le virus tétanigène; les cobayes sont plus réfractaires.

D'une façon générale, on retrouvait les bacilles caractéristiques dans l'exsudat qui se formait au siège de l'inoculation. Mais lorsque, par suite de la trop grande quantité de matière virulente inoculée, l'animal succombait à un tétanos suraigu, l'exsudat local faisait défaut; dans le suc extrait des muscles hypérémiés, le microscope ne décelait plus que des granulations. Celles-ci se laissaient imprégner par la fuchsine. En les ensemençant, on obtenait des cultures du bacille décrit plus haut. Les inoculations pratiquées, soit avec ce suc musculaire, soit avec l'exsudat formé au lieu d'inoculation, ont toujours provoqué le développement du tétanos expérimental.

L'auteur décrit ensuite les résultats qu'il a obtenus en ensemençant du pus frais, recueilli chez les trois blessés qui ont servi à ses recherches, ou chez les animaux auxquels il a inoculé le tétanos, et en utilisant comme milieu de culture: le serum sanguin, un mélange de gélatine et de serum sanguin peptonisé, de l'agar peptonisé. Un point qui mérite surtout d'être signalé, c'est que des cultures desséchées n'avaient pas perdu leur activité pathogène après quatre mois de conservation. D'autre part, les bacilles de la putréfaction, qui

(1) Voir aussi : F. Raymond : *Etiologie du tétanos*. Gazette médicale, 1886, no 42, p. 493.

vivent dans une étroite promiscuité avec les bacilles spécifiques du tétanos, sont, au dire de Bonome, dépourvus de toute activité tétanigène.

Une autre série de recherches a eu pour objet d'étudier la virulence des parties constituantes du sol dans quelques-unes des localités qui ont été dévastées par le tremblement de terre en question. A Bajardo, sur 70 blessés, 9 ont été affectés du tétanos, dont un seul a survécu. A la Riviera, les cas de tétanos ont été plus rares et concernaient des personnes dont les blessures avaient été en contact prolongé avec la terre calcaire du sol de cette localité. Des inoculations pratiquées sur des souris et des lapins, avec des particules de cette terre calcaire (introduction sous la peau de l'animal, d'un petit sachet rempli de poussière terreuse) ont eu pour résultat constant de développer un tétanos suraigu, mortel. Dans l'exsudat recueilli au siège de l'inoculation, on a découvert des bacilles spécifiques. L'expérience, répétée avec de la terre provenant de Diano-Marina, n'a donné que des résultats négatifs. Or, à Diano-Marina, les victimes du tremblement de terre ont été nombreuses, mais pas un seul blessé n'a été pris de tétanos.

D'autre part, M. Bonome a ensemencé du pus enlevé sur un cheval qui avait succombé au tétanos traumatique; il a obtenu des cultures du bacille décrit plus haut. Inoculées à un lapin, ces cultures ont développé un tétanos expérimental. Même résultat a été obtenu avec du pus provenant d'un bélier qui avait été atteint du tétanos à la suite d'une castration. D'où l'on peut conclure, suivant l'auteur, à l'identité du tétanos de l'homme, du tétanos consécutif à la castration chez les animaux, et du tétanos expérimental développé par l'inoculation de particules terreuses.

VI. Deux cas de tétanos qui se sont présentés à la clinique de Greifswald, ont fourni à M. Beumer l'occasion de recherches analogues. Le premier de ces deux cas concerne un mécanicien qui, en jouant aux quilles, s'était introduit un éclat de bois sous l'ongle du médius de la main droite. Pendant la semaine qui suivit, c'est tout au plus si le patient ressentit l'une ou l'autre fois quelque douleur dans ce doigt. Le huitième jour, il fut pris de douleurs dans les muscles de la nuque et du dos. Le lendemain, il eut son premier accès convulsif, et il succombait au tétanos trois jours plus tard. L'autopsie n'a pas été faite.

Le sujet de la seconde observation, un garçon de six ans et demi, avait ressenti les premières atteintes du tétanos la veille du jour de son entrée à l'hôpital, où il succomba au bout de quelques heures. On découvrit un petit caillou pointu, enfoncé dans la plante du pied droit; l'enfant était sorti pieds nus pendant les jours qui avaient précédé l'accident. L'autopsie ne révéla d'ailleurs rien de particulier. On excisa la peau et le tissu cellulaire, au pourtour de la petite plaie creusée par le caillou, et on inocula six souris avec des particules de ces tissus. Deux jours après, tous les animaux inoculés présentaient les symptômes du tétanos expérimental: tous ont péri.

Mêmes résultats, à la suite d'inoculations pratiquées sur des souris et des lapins, avec des parcelles de terre et de poussière recueillies sur les lieux des deux accidents, et avec un fragment de l'éclat de bois enlevé chez le premier malade. L'auteur conclut à l'identité du tétanos traumatique de l'homme et du tétanos développé par voie d'inoculation chez les animaux. Incidemment, l'auteur annonce que d'autres recherches, dont les résultats seront publiés ultérieurement, l'ont conduit à étendre cette identification au tétanos des nouveau-nés.

VII. Les recherches de Hochsinger ont fait faire un pas en avant à cette question de l'étiologie parasitaire du tétanos. Chez un sujet en puissance du tétanos, l'auteur a constaté, ce qui n'avait pas été fait jusque-là, que le sang possédait des propriétés pathogènes et qu'il renfermait le bacille spécifique, décrit par Rosenbach.

Jusque-là, en fait de recherches du même genre, on s'était borné à l'examen microscopique direct du sang tiré des veines des sujets atteints du tétanos. Hochsinger a pu se convaincre qu'en s'y prenant de la sorte, on aboutit effectivement à un résultat négatif. Il a, pour sa part, recueilli dans du sérum sanguin stérilisé du sang fraîchement tiré des veines de son malade. Au bout de trois jours, il a vu se former un nuage blanchâtre dans l'eau de condensation. L'examen microscopique lui a permis de reconnaître que cet état trouble était en rapport avec la présence des bacilles décrits par Nicolaier et Rosenbach. La culture qui avait pris naissance dans ces conditions, cessa de s'accroître à partir du sixième jour. Une seule des inoculations faites avec ces produits de culture a donné un résultat positif. D'autre part, un lapin, inoculé avec du sang fraîchement tiré des veines du patient, a péri vingt heures plus tard, après avoir présenté les symptômes du tétanos expérimental. Des inoculations faites avec du sang de ce lapin n'ont pas abouti. Il en a été de même des ensemencements faits avec ce liquide.

Le malade qui a servi aux recherches de Hochsinger avait été atteint du tétanos à la suite d'une plaie superficielle qu'il s'était faite lors d'un éboulement de terre dont il avait été victime. Le pus recueilli à la surface de la plaie contenait les bacilles spécifiques. Des lapins inoculés avec des cultures provenant de ce pus ont tous succombé au tétanos; la durée d'incubation a varié entre trois et cinq jours. Des ensemencements faits avec du sang de ces animaux, recueilli *post mortem*, ont échoué.

VIII. En mélangeant des cultures du bacille de Rosenbach avec de la houillie de viande stérilisée, Brieger a réussi à isoler de la masse une ptomaïne, la *tétanine*, qui a pour formule (C^{13} H^{30} Az^2 O^4). En injections hypodermiques, cette ptomaïne développe chez les animaux les mêmes symptômes tétaniques que Nicolaier et Rosenbach ont observé dans leurs expériences. Ainsi, quand l'injection a été pratiquée dans la région des lombes, chez une souris, quelques minutes plus tard les muscles deviennent rigides dans le voisinage de la figure. Cette rigidité s'étend peu à peu à tout le corps, puis elle fait place à des convulsions toniques et cloniques. L'auteur a tiré de ces mêmes cultures deux poisons d'une grande activité: la *tétanotoxyne* et la *spasmotoxine*. La mise en liberté de ces ptomaïnes toxiques s'accompagne d'un dégagement très intense d'hydrogène sulfuré.

IX. M. O. Shakespeare a fait des expériences qui ont fourni la preuve de l'inoculabilité du tétanos, d'une espèce animale à d'autres. Il a inoculé des particules de cerveau et de moelle, provenant d'un cheval et d'un mulet, à des lapins, et il a réussi de la sorte à communiquer à ces derniers un véritable tétanos traumatique. Il a constaté que l'infection s'effectue avec le

maximum de rapidité et de sûreté quand la matière virulente est injectée sous la dure-mère cérébrale. Par des inoculations successives en séries, de lapins à lapins, il a pu obtenir des virus d'une activité pathogène croissante. Exposé à l'air, le virus tétanique perd rapidement de son activité.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Annales du laboratoire de l'Hospice national des Quinze-Vingts, par les docteurs Fieuzal et Haensell, 1er fascicule, chez Delahaye et Lecrosnier.

Le premier fascicule de ces Annales donne une haute idée de ce que sera l'œuvre dans son ensemble, soit le plus complet atlas d'anatomie pathologique de l'œil qui se puisse voir. La richesse des matériaux dont peuvent disposer les auteurs (plus de dix-sept cents bulbes oculaires étudiés sur les vivants ou après la mort), fait comprendre quel intérêt s'attache pour tous les ophtalmologistes à la publication des recherches faites au laboratoire des Quinze-Vingts. Tous les six mois paraîtra un fascicule contenant une étude clinique et anatomo-pathologique très complète sur un sujet déterminé.

L'association des docteurs Fieuzal et Haensell, avec chacun leur compétence spéciale, garantit sûrement l'exécution de ce vaste programme largement réalisé dans le premier fascicule, où l'on admire une série de planches coloriées des plus démonstratives dues au dessinateur Karmanski. On ne peut que remercier le médecin en chef des Quinze-Vingts de l'œuvre qu'il a entreprise.

A. T.

La théorie du microzyma et le système microbien, par M. Béchamp.

S'il devait suffire à un savant, pour assurer le triomphe de sa doctrine, de parler haut et d'affirmer en toute circonstance ses opinions personnelles, certes M. Béchamp aurait acquis tous les droits à vaincre dans la lutte qu'il a engagée contre le système microbien. En effet, depuis nombre d'années, l'ancien professeur de Montpellier se tient sur la brèche, combattant par la parole et par la plume, par la tribune et par le livre, et mettant au service de sa cause une persévérance qui impose l'estime, si elle n'entraîne pas la conviction. Cette cause, qu'il soutient avec tant d'opiniâtreté, c'est la théorie du microzyma, théorie qui a eu peut-être des précurseurs dans la science, mais dont la véritable paternité cependant lui revient, ainsi qu'il résulte des développements et de l'importance qu'il lui a donnés. Or, qu'est-ce que le microzyma? Quel est son rôle dans la nature, ou plutôt dans l'organisme des êtres vivants? Et quels sont les titres qu'il peut faire valoir pour prétendre se substituer à la doctrine microbienne, si généralement acceptée aujourd'hui? Telles sont les questions auxquelles le lecteur cherchera une réponse dans ce volume de près de 500 pages, où M. Béchamp a réuni et présenté, sous forme épistolaire, tous les arguments que peuvent fournir la dialectique et la controverse scientifiques.

Nous devons l'avouer, il reste encore des doutes dans notre esprit sur la signification du mot microzyma et sur la valeur de la conception qu'il représente. Ainsi le microzyma est assimilé successivement à une cellule, à un organite, à une granulation moléculaire. Voilà une bien grande variété! Auquel de ces trois termes faut-il s'arrêter quand on veut exprimer clairement le sens du mot cher à M. Béchamp? Nous avons parcouru le livre sans pouvoir nous faire sur ce point une idée nette et précise.

Nous voyons bien que, dans la pensée de l'auteur, le microzyma est une sorte d'organite extrêmement répandu dans la nature, qui forme le fond et comme le substratum des tissus de tous les êtres organisés et dont la présence aurait été constatée jusque dans certaines substances appartenant au monde minéral (*microzyma de la craie*). Partant de cette idée, il est conduit à admettre autant de variétés de microzymas qu'il existe d'organes ou de parenchymes chez les animaux, et c'est ainsi qu'il signale les microzymas pancréatiques, hépatiques, gastriques, etc., etc. Ces petits êtres élémentaires seraient chargés, d'après lui, de la mission que M. Pasteur a voulu réserver aux éléments figurés qu'il appelle ferments, celle qui préside aux phénomènes de la fermentation, considérés d'une manière générale. Et, dans l'accomplissement de cette fonction, le microzyma serait le seul et véritable agent actif; c'est à lui seul, préexistant au sein de l'organisme et non importé du dehors, qu'il faudrait attribuer le rôle capital dans ces phénomènes de diastase et de dédoublement dont la doctrine pastorienne réserve l'initiative exclusive à ces éléments parasitaires que l'on désigne aujourd'hui sous le terme plus général de microbes.

Voilà, si nous avons bien saisi la pensée de M. Béchamp, l'idée fondamentale de son système. Mais il semble que cette conception manque d'une base indispensable, celle de la sanction expérimentale. Pour l'étayer et lui donner un corps, le savant professeur a cherché des arguments dans toutes les sciences : la chimie, l'histoire naturelle, la physiologie. Mais les preuves directes lui font encore défaut, et elle apparaît jusqu'à nouvel ordre plutôt comme un produit de l'imagination de son auteur que comme une vérité bien établie. Remarquons, du reste, que le principal souci de M. Béchamp semble être bien moins d'asseoir solidement la définition que l'on est en droit d'exiger de lui, que de critiquer les théories de l'Ecole adverse. Sa préoccupation constante est de prendre M. Pasteur à partie et de chercher à le mettre en contradiction avec lui-même, comme aussi de contester l'importance des faits qu'il a établis et la légitimité des conclusions qu'il en a tirés. Certes, M. Béchamp est dans son droit en se livrant à ce travail de critique; mais son rôle serait bien différent et il aurait plus de chances de faire prévaloir ses propres doctrines, s'il pouvait opposer à son tour des faits et des preuves expérimentales aux découvertes qui ont assuré le succès de la doctrine microbienne, dont M. Pasteur est aujourd'hui le chef reconnu. En réalité, on trouve dans son livre des vues préconçues, des inductions *a priori*, des affirmations réitérées et hardies, mais peu de faits précis et d'arguments capables d'entraîner la conviction.

Telle est du moins l'impression que nous a laissée une lecture attentive, impression qui ne saurait donc aucunement effacer la trace profonde que les découvertes de Pasteur ont produite sur les esprits de notre temps, encore moins faire oublier les promesses que ces découvertes ont fait naître et dont quelques-unes, parmi les plus importantes, ont été déjà réalisées.

C'est affaire à M. Béchamp de savoir s'il doit persévérer dans ce rôle ingrat de défenseur d'une cause jusqu'à présent

peu goûtée du public scientifique. Pour nous, nous sommes heureux de rendre justice à l'ardeur de ses convictions, comme aussi de reconnaître la parfaite bonne foi et l'impartialité dont il fait preuve dans une lutte où les vivacités de la polémique ne l'entraînent jamais hors des limites de la courtoisie la plus parfaite.

P. MUSELIER.

BULLETIN

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS. — MALADIE KYSTIQUE DES MAMELLES. — PARALYSIE DES NERFS BULBAIRES DANS LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE. — LE BACILLE DU CANCER ET CELUI DE LA POMME DE TERRE.

M. Léon Le Fort a occupé la tribune de l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, mardi dernier, pendant la plus grande partie de la séance. Si l'on compare la seconde partie de son discours à la première, qu'il avait développée dans la séance précédente, on voit que, dans cet intervalle d'une semaine, une évolution s'est faite dans l'esprit de notre savant confrère. S'il est suivi dans cette voie par la Commission, dont il est d'ailleurs l'un des membres les plus actifs, il est facile de prévoir une prochaine entente entre les membres de l'Académie qui ont pris part au débat sur la prophylaxie de la syphilis.

Il n'est plus question, en effet, pour M. Le Fort, d'assimiler à un délit la provocation à la débauche et, à ce titre, de renvoyer toutes les délinquantes devant un tribunal qui, en raison même de cette assimilation, devrait être le tribunal correctionnel; l'autorité judiciaire, représentée par le tribunal de simple police, n'intervient que pour les cas où les filles se livrant à la prostitution ne consentent pas à l'inscription prononcée contre elles par l'autorité administrative. Le tribunal de simple police devient ainsi, par le fait, une sorte de *tribunal d'appel* devant lequel peut avoir recours toute femme injustement accusée de provocation à la débauche. Nous nous réservions de proposer nous-même l'institution d'un semblable tribunal si, après cette première partie du débat, l'Académie, au lieu de s'en tenir, comme nous le disions dans notre précédent Bulletin, au point de vue exclusif de l'hygiène publique, avait jugé devoir s'engager sur le terrain juridique. Ce tribunal d'appel, en effet, échappe au juste reproche adressé par M. Brouardel à un tribunal correctionnel qui aurait à connaître de tous les délits de provocation et, ne pouvant suffire à sa tâche, laisserait sans surveillance la plupart des filles prostituées; l'administration conserve toutes ses attributions relatives au service des mœurs, et le tribunal en question n'intervient que lorsqu'il y a conflit entre elle et les intéressées, d'un côté, pour renforcer l'autorité de l'administration dans l'intérêt de la santé publique, de l'autre, pour sauvegarder la liberté individuelle, partout et toujours respectable.

Le caractère temporaire et renouvelable de l'inscription peut être aussi une excellente mesure en contribuant à donner aux filles inscrites la possibilité et, par suite, l'espoir de se relever. Actuellement, beaucoup de filles, une fois inscrites, se considèrent comme définitivement perdues, et ne font aucun effort, ne saisissent aucune occasion parfois favorable pour sortir de la fange où elles sont tombées. On a le devoir de tendre la perche à celles que le dégoût de leur situation ou un réveil du sens moral disposent à rentrer dans la vie régulière.

En somme, la seconde partie du discours de M. Le Fort a fait faire un pas important au débat. Mais nous n'en persistons pas moins à penser que, dans ses conclusions, l'Académie devra éviter de s'aventurer hors du terrain sur lequel elle est véritablement compétente.

— L'histologie et la clinique semblent parfois en désaccord; la *maladie kystique de la mamelle*, sur laquelle M. Reclus a appelé l'attention de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, nous en offre un exemple. Cette affection, souvent confondue avec des tumeurs du sein (adénomes, fibromes, etc.) consiste dans une sorte de semis, au milieu de la glande saine, de kystes de toutes les dimensions, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de pigeon et au-delà. Ces kystes occupent en même temps les deux seins. Une ponction aspiratrice au moyen de la seringue de Pravaz permet d'en confirmer le diagnostic et d'en étudier le contenu, de coloration et de consistance variables.

L'examen histologique du revêtement épithélial de ces kystes porte MM. Brissaud et Malassez à le considérer comme des épithéliomas intra-acineux, par conséquent, à assombrir le pronostic de la maladie kystique.

Par contre, la clinique montre que cette affection est bénigne et ne réclame généralement pas l'intervention chirurgicale. MM. Trélat, Kirmisson et Terrier ont cité plusieurs faits dans lesquels des femmes ont porté pendant de longues années de semblables lésions aux seins sans en souffrir, sans que ces lésions aient eu tendance à se généraliser, sans qu'il y ait eu lieu, par conséquent, de faire l'ablation des tumeurs kystiques.

M. Quénu a cherché à mettre d'accord l'anatomie pathologique et la clinique. Acceptant parfaitement les données histologiques fournies par MM. Brissaud et Malassez, il diffère de ses confrères sur l'interprétation de ces données et, au lieu d'admettre avec eux que, dans la maladie kystique, il y a néoplasme, il croit plutôt à une lésion irritative portant primitivement sur l'épithélium, à une de ces scléroses, décrites par M. Charcot sous le nom de cirrhoses épithéliales. Il propose, en conséquence, pour désigner l'affection dont il s'agit, la dénomination de *cirrhose épithéliale kystique du sein*, qui en exprime mieux la nature et la bénignité.

— M. Ballet a présenté à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX un malade sur lequel M. Debove avait déjà appelé l'attention de la Société, et qui est atteint d'hystérie et de goître exophthalmique.

Outre la coïncidence des deux affections, ce malade présente une parésie des troisième, quatrième, sixième et septième paires. La branche motrice de la cinquième paire et l'hypoglose paraissent respectés. Le malade est polyurique. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

M. Ballet fait remarquer que cette paralysie des nerfs moteurs bulbaires, au cours du goître enophthalmique, signalée par quelques auteurs, et plus fréquente sans doute qu'on ne pense, parce qu'elle n'a pas suffisamment fixé l'attention, éclaire la physiologie pathologique de la maladie de Basedow. D'après ces faits, on ne saurait plus attribuer l'affection à une lésion du tronc du grand sympathique ou du pneumogastrique; ils confirment plutôt l'opinion d'après laquelle le trouble morbide a pour siège primitif le bulbe et consiste dans la paralysie d'un ou de plusieurs des noyaux d'origine du pneumogastrique. Puis, suivant le cas, la maladie resterait

localisée à quelques noyaux ou, au contraire, se diffuserait et atteindrait d'autres centres bulbaires, comme c'est arrivé au malade de M. Ballet.

— Les histologistes allemands ne sont pas d'accord sur le bacille du cancer.

M. Scheurlen, qui l'a décrit et cultivé, déclare l'avoir trouvé dans le plus grand nombre des cas soumis à son observation.

M. Senger affirme, au contraire, devant la Société de médecine interne de Berlin, ne l'avoir jamais rencontré. Ses tentatives d'inoculation du cancer de l'homme aux animaux sont restées tout aussi vaines. Pour lui, la question de l'étiologie du cancer reste donc entière.

D'autre part, comparant des cultures du prétendu bacille du cancer qui lui ont été remises par M. Scheurlen avec des cultures du bacille non pathogène de la pomme de terre, il a trouvé une identé parfaite. M. Scheurlen aurait donc pris pour un bacille pathogène un microorganisme inoffensif qui pullule sur la pomme de terre et doit se rencontrer fréquemment. Ainsi que l'a fait observer avec raison M. Lassan, on s'expose à des erreurs quand on veut déterminer le rôle pathogénique des bacilles en se fondant uniquement sur leurs caractères morphologiques.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Toxicité de la cocaïne. — La cocaïne, comme l'antipyrine comme l'acétanilide, comme toutes les substances actives, peut donner lieu à des accidents toxiques. M. M. Mattisen, dans la Therapeutic Gazette, a cherché à réunir les cas dans lesquels de semblables accidents ont été observés; il en a réuni une cinquantaine et quatre fois les accidents ont été mortels. Les voies d'introduction du médicament ont été variables : injections sous-cutanées ou dans une cavité (vessie), application locale sur la peau ou les muqueuses, ingestion stomacale.

La voie sous-cutanée est celle qui expose le plus à des accidents graves. Les doses ont varié de 0g,020 à 1g,50. Les symptômes notés, suivant les cas, sont les suivants : vertiges, céphalalgie, nausées, troubles des sens, sueurs froides, palpitations, pouls faible et fréquent, respiration irrégulière, convulsive, pénible, excitation générale, convulsions, anesthésie, paralysie, etc. Le nitrate d'amyle et la morphine seraient les meilleurs antidotes.

Bureau central. — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, après cinq séances de discussion, vient de modifier de la manière suivante les conclusions de la Commission du concours du Bureau central.

1o La limite d'âge n'a pas été admise;

2o Les deux années de doctorat, exigées des anciens internes, n'ont pas été adoptées;

3o Le concours devant avoir lieu tous les ans en mars, et l'internat se terminant en février, les internes de quatrième année seront autorisés à passer leur thèse pendant les deux derniers mois d'internat, sans quitter leurs services;

4o L'interne, médaille d'or, n'aura plus aucun privilège, en ce qui concerne les années de doctorat exigées des candidats;

5o Le nombre des juges du concours est fixé définitivement à sept.

— Au termes du règlement sur le service de santé, les candidats à l'internat, parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat, ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année, classés au nombre des internes provisoires, avaient négligé de se présenter au concours de l'externat, et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'Administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulu, à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée, et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

Congrès français de chirurgie. (3e session du 12 au 17 mars 1888.) (1). — Communications annoncées (1re liste) :

Questions mises à l'ordre du jour.

1o « De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses) ». — M. le professeur Trélat; MM. les docteurs Chauvel, Reclus, Delorme, de Paris; Vaslin, d'Angers.

2o « De la valeur radicale de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive ». — M. le prosseur Trélat, MM. les docteurs Segond, Richelot, Schwartz, de Paris; Thiriar, de Bruxelles; Doyen, de Reims; Bœckel, de Strasbourg; Mollière, de Lyon; Socin, de Bâle; Le Diberder, de Lorient.

3o « Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Lietevant et d'Eslander), indications, contre-indications et résultat définitif ». — M. le professeur Ollier, de Lyon; MM. les docteurs Thiriar, de Bruxelles; Reverdin, de Genève; J. Bœckel, de Strasbourg; Kirmisson, de Paris; Vaslin, d'Angers; Doyen, de Reims; Delorme, du Val-de-Grâce.

4o « De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes, de la prophylaxie ». — M. le professeur Verneuil, de Paris; MM. les docteurs Bœckel, de Strasbourg; Poncet, de Lyon; Doyen, de Reims; Bazy, de Paris; Cazin, de Berck-sur-Mer.

Questions diverses.

M. le professeur Ollier, de Lyon.— Du traitement de l'ankylose du poignet par la résection et du rétablissement d'une articulation mobile après cette opération.

M le professeur Lannelongue, de Paris. — Kystes dermoïdes de la région fontanellaire antérieure.

M. le docteur Terrillon, de Paris. — Quinze hystérectomies abdominales pour fibrômes volumineux. — Réflexions à propos de soixante cas de fibrômes utérins.

M. le docteur Segond, de Paris. — Du traitement chirurgical des kystes du foie.

M. le docteur Galezowski. — Des mélano-sarcômes oculaires et de leur récidive après les opérations.

M. le docteur Vincent, de Lyon. — Sur la cholacystotomie chez les enfants.

M. le docteur Javal. — Sur le traitement du strabisme.

M. le docteur Accolas, de Rennes. — Observations d'abcès du foie traité par la méthode de Littré.

M. le docteur Thiriar, de Bruxelles. — De la cholecystotomie.

M. le docteur Cerné, de Rouen. — Du diabète phosphatique. — Son influence dans la production des lésions chirurgicales analo-

(1) On peut toujours s'inscrire jusqu'au jour de l'ouverture de la session en envoyant un mandat-poste de 20 fr. au secrétaire général, M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

gues à celles du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.

M. le docteur Doyen, de Reims. — Etiologie des septicémies et de la valeur réelle des antiseptiques au point de vue chirurgical.

M. le docteur de Backer, de Roubaix. — De l'antisepsie et de l'asepsie au moment de l'opération.

M. le docteur Jeannel, de Toulouse. — De l'ostéotomie longitudinale.

M. le le docteur Fontan, de Toulon. — Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. le docteur Richelot, de Paris. — Récidive des cancers utérins après l'hystérectomie vaginale.

M. le docteur Monod, de Paris. — Remarques sur les lymphangiômes. — Du lymphangiôme circonscrit. — Note sur les lésions anatomiques dans les panaris analgésiques.— Sur un cas de greffe tendineuse.

M. le docteur Poncet, de Lyon. — De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissement.

M. le docteur Vaslin, d'Angers. — Traitement chirurgical des différentes espèces de pied bot. — Indication de l'ablation des tumeurs ganglionnaires volumineuse du cou et de l'aisselle, technique opératoire.

M. le docteur Berthomier, de Moulins. — Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adultes par l'immobilisation en extension et supination.

M. le docteur Tillaux, de Paris. — Traitement des pseudarthroses. — De la pharyngotomie inférieure. — De la suture des nerfs.

M. le docteur Kirmisson, de Paris. — Résection du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles.

M. le docteur Schwartz, de Paris. — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.

M. le docteur Picqué, de Paris. — Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine. — Ligature de l'artère iliaque externe. — Guérison.

M. le docteur Redard, de Paris. — Technique des corsets orthopédiques.— Fracture ancienne au tiers inférieur de la jambe gauche chez une femme de soixante-quinze ans. — Cal vicieux. — Résection. — Guérison.

M. le docteur Bazy, de Paris. — Deux cas rares de corps étrangers de la vessie.

Congrès. — Le 56e congrès annuel de l'Association médicale britannique se tiendra à Glascow, les 7, 8, 9 et 10 août 1888.

Le président sera M. Banks, professeur de physique à l'Université de Dublin.

Le discours officiel pour la médecine sera prononcé par M. Thomas Clifford Allbutt.

Le discours officiel pour la chirurgie sera prononcé par sir George Macleod.

Un discours spécial sera prononcé par William Macewen sur les « Récentes découvertes en chirurgie. »

Jon Gray Makendrick, de Glasgow, parlera au nom de la physiologie.

Voici les noms des présidents des diverses sections :

Médecine : président, Mc Call Anderson. — Chirurgie : prof., George Buchanan. — Obstétrique : prof., Thomas More Madden. — Médecine légale : prof., Henry Duncan Littlejohn. — Physiologie : prof., James C. Howden. — Anatomie et physiologie : John Cleland. — Pathologie : prof., sir William Aitken. — Ophthalmologie : prof., Thomas Reid. — Otologie : prof., Thomas Barr. — Maladies des enfants : prof., Walter Butler Cheadle. — Pharmacologie et thérapeutique : prof., James Morton. — Laryngologie et rhinologie : prof., Félix Semon.

— Le quatrième congrès international d'otologie, se réunira à Cologne, du 10 au 16 septembre.

— Le congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira au ministère de l'Instruction publique, 110, rue de Grenelle, le mardi 22 mai 1888, à midi et demi.

Les journées des mardi 22, mercredi 23, jeudi 24 et vendredi 25 mai, seront consacrées aux travaux du congrès.

La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 26 mai, à 2 heures précises.

— Le deuxième Congrès de la Société allemande de gynécologie aura lieu à Halle du 24 au 26 mai 1888.

Épidémies. — Le paquebot le *Niger*, arrivé récemment à Bordeaux, de la Plata, avec escales au Brésil et au Sénégal, a rapporté la nouvelle de la présence du choléra dans les villes de Satta et de Chilias. L'épidémie n'aurait pas atteint Buenos-Ayres.

— Le Conseil d'hygiène de Berlin fait savoir qu'à Oherkunwald 150 individus ont été atteints de trichinose dans le courant du mois passé.

Le nombre des morts s'élève jusqu'à présent à 15. D'après le rapport des sapeurs-pompiers volontaires d'Oherkunwald, dont les membres ont mangé des saucissons trichineux, à l'occasion d'une fête donnée par ce corps, 6 hommes sont morts sur 25 malades. Il n'y a eu aucune exagération, si on estime à 200 les cas d'épidémie qui se sont déclarés dans ces deux localités.

— La variole fait des ravages à Colon (Panama), à Port de France (Martinique); elle s'est propagée aux environs de Saint-Pierre.

— Depuis décembre dernier, une violente épidémie de fièvre jaune sévit à Guyaquil et sur toute la côte équatorienne. Les indigènes de la montagne meurent en grand nombre et les Européens nouvellement débarqués dans le pays payent un large tribut au fléau.

Bien qu'ayant eu déjà la fièvre jaune en 1884 à son arrivée dans l'Equateur, le consul français, M. Lasserre, vient de subir une seconde atteinte à laquelle il a heureusement échappé.

— Par décision de la « santé maritime », le port de Rio de Janeire est déclaré infecté de fièvre jaune.

Statistique *des personnes traitées à l'Institut Pasteur pendant le mois de janvier 1888*. —Français et Algériens, 114; étrangers 5. Total : 119.

Chez 20, la rage a été reconnue par l'inoculation préventive du bulbe ou par le développement de la rage chez des personnes ou des animaux mordus en même temps que les personnes traitées ; elle a été constatée par observations vétérinaires chez 80 ; enfin, 19 des personnes traitées ont été mordues par des animaux simplement suspects de rage.

— Deux décès par la rage se sont produits dernièrement chez des Français mordus par un animal enragé et soumis au traitement préventif :

1o Le nommé J. Mazoyer, âgé de quatre ans (de Saint-Albain), mordu le 6 décembre dernier par un chien enragé, et traité à l'Institut Pasteur du 12 décembre 1887 au 7 janvier 1888, est mort de rage le 22 janvier ;

2o Mme Delpech, 52 ans, 48, rue de la Santé, à Paris, mordue par un chien enragé le 23 janvier dernier, et traitée a l'Institut Pasteur à partir du 29 janvier, est morte de rage le 17 février.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le jeudi 15 mars 1888, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ils

auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année. Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices. Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Marine. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine: Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-médecins, docteurs en médecine Kérébel, Barrat et Vallot.

— Par décret, en date du 20 février 1888, M. Philip, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 19 au samedi 25 février 1888

Fièvre typhoïde 17.—Variole 10.—Rougeole 14 — Scarlatine 5. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup, 46 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 184.— Autres tuberculoses 36. — Tumeurs : Cancéreuses 39. — Autres 6. — Méningite 26. — Congestion et hémorr. cérébrales 47.—Paralysie 4.—Ramollissement cérébral 8.— Maladies organiques du cœur 62.— Bronchite aiguë 35. — Bronchite chronique 61. — Broncho-pneumonie 38.— Pneumonie 65. — Gastro-entérite : Sein 23. — Biberon 34. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 34. — Sénilité 36. — Suicides 13. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 190. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine: 1070 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Société des sciences médicales de Gannat. — Compte-rendu des travaux de l'année 1886-1887, 41e année. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Traité clinique des maladies des pays chauds, par le docteur A. Corre. Un vol. grand in-8o de 870 pages, avec 50 figures dans le texte.—Prix : 15 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des anémies, physiologie et pathologie, par le docteur Ch. Lejard, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, imprimerie A. Lanier, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT TOPIQUE DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE. — Leçon clinique de M. le professeur GUYON, à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je me propose de vous exposer aujourd'hui, en termes généraux, la technique du traitement topique de l'urèthre et de la vessie. Chemin faisant, je vous indiquerai sommairement les principales propriétés physiologiques de ces organes dont la connaissance est nécessaire pour l'intelligence de cette thérapeutique locale.

Le traitement topique de l'urèthre a pour but d'en modifier soit le calibre soit la muqueuse. Le traitement topique de la vessie est destiné à en modifier la muqueuse et, par son intermédiaire, la capacité et la sensibilité. Vous le voyez, cette définition établit une différence des plus tranchées entre l'urèthre et la vessie au point de vue de la dilatation. En effet, je n'hésite pas à dire dès maintenant, quoique je doive revenir plus tard sur ce point, que le traitement mécanique de la vessie n'existe pas, que tous les procédés destinés à en augmenter directement la capacité sont inefficaces ou de nature à en aggraver les lésions.

L'action à exercer sur l'urèthre n'est pas mécanique, mais dynamique. Ce principe, qu'il est nécessaire de connaître pour bien comprendre ce qu'il faut entendre par rétablissement du calibre de l'urèthre, paraît, au premier abord, en désaccord avec le raisonnement; il est naturel de penser qu'on vaincra un obstacle en lui opposant de la force, en luttant contre lui. A coup sûr, il est nécessaire d'employer cette action mécanique dans une certaine mesure, mais une mesure réduite au minimum. En un mot, vous mettrez simplement votre instrument en contact intime avec les parois de l'urèthre.

Vous aurez ainsi des résultats rapides sans provoquer d'accidents ; si, au contraire, vous faites intervenir la force, non seulement vous vous exposerez à faire naître des complications, mais — ceci semblera peut-être paradoxal — vous n'obtiendrez pas la dilatation cherchée.

Etudiez les phénomènes qui se produisent entre les séances. Si la dilatation a été bien conduite, le malade vous dira que la première miction qui a suivi le cathétérisme a été un peu difficile, mais qu'après la deuxième ou la troisième, il a uriné d'une façon très satisfaisante ; cela est tellement vrai que certains malades abandonnent un traitement à peine commencé, car les premiers résultats obtenus leur font croire à une guérison définitive. Au contraire, en interrogeant un malade auquel on a introduit une bougie avec force, vous apprendrez que les difficultés de la première miction ont augmenté aux

FEUILLETON

ELOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Suite. — Voir les numéros 53 (1887), 1, 5, 6, 8 et 9.

Il y a dans l'œuvre de M. Bouillaud deux parties bien distinctes : l'une, de beaucoup la plus importante, comprend les faits qu'il a le premier révélés, découvertes fécondes qui perpétueront à travers les âges le souvenir de son nom ; l'autre, exclusivement doctrinale, devra subir le sort de toutes les conceptions purement théoriques et durer ce que durent généralement, on le sait, les systèmes philosophiques.

Il est donc tout naturel que je n'entre pas, au sujet de cette seconde partie de l'œuvre du maître, dans les développements que j'ai donnés à l'étude de la première.

M. Bouillaud comparait les doctrines du passé aux grands monuments de l'antiquité, dont les ruines elles-mêmes inspirent encore le respect; et il avait raison, car toute doctrine abandonnée dans son ensemble, outre qu'elle témoigne toujours d'un effort de l'esprit humain à la recherche du mieux, laisse après elle une part de vérité qu'utilisent les doctrines nouvelles, et, avec quelque dédain que l'on parle aujourd'hui de la *médecine physiologique*, on ne peut cependant méconnaître qu'elle a réalisé un véritable progrès, en donnant une impulsion décisive à l'étude des localisations.

Le malheur de cette dénomination, c'est qu'elle est restée, pour les générations postérieures à 1830, inséparable d'un système thérapeutique devenu dangereux par l'abus qu'en firent les disciples trop soumis du maître qui l'avait insutué, et on peut dire, despotiquement imposé à l'immense majorité des médecins de son temps.

Mais lorsque M. Broussais, préparant une véritable révolution dans la science, inscrivait ces mots au frontispice de la doctrine nouvelle, il voulait simplement établir qu'elle avait pour base essentielle les rapports étroits de la physiologie normale et de la

suivantes; dans quelques cas, il s'en est suivi une rétention complète, tant la réaction a été violente.

Sans entrer ici dans des détails de physiologie pathologique, il me suffira de vous dire que les modifications de l'urèthre se font sous l'influence d'un apport circulatoire qui s'exagère au niveau du rétrécissement, au moment et après le passage de l'instrument. Si cet apport est modéré, les modifications seront régressives et salutaires; s'il est trop intense, vous verrez se développer des accidents congestifs ou inflammatoires qui interdisent toute intervention pendant un temps plus ou moins long; si même l'action était trop violente, les conséquences en seront l'apparition d'une uréthrite, d'une péri-uréthrite ou d'accidents d'empoisonnement urineux.

Il faut laisser aux modifications le temps de se produire. C'est dire que vous ne répéterez pas souvent les introductions d'instruments; sous aucun prétexte, vous ne ferez le cathétérisme deux fois dans la même journée. Vingt-quatre heures ne constituent même pas un délai suffisant; vous espacerez en général les séances de quarante-huit heures. Vous voyez ici la preuve de ce que je vous disais au début : cherchez un effet dynamique et non pas mécanique.

Quelques mots sur la technique de la dilatation. Les instruments qu'on emploie sont rigides ou souples. Ces derniers, dits de gomme, présentent une forme conique avec un renflement terminal; cette forme doit être réservée aux instruments souples. Les bougies seront introduites doucement, lentement, et retirées immédiatement. J'ai comparé, il y a longtemps déjà, la pression intra-uréthrale à un médicament dont la quantité devait être dosée. Or, le dosage qui convient pour une bonne dilatation est celui que représente la filière Charrière, c'est-à-dire que les bougies introduites successivement augmenteront d'un tiers de millimètre de diamètre.

Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire, car je vous ai déjà exposé les règles du cathétérisme rectiligne. Les bougies suivant naturellement la paroi uréthrale inférieure, vous maintiendrez, pour faciliter leur progression, la verge bien tendue, dans le but d'effacer autant que possible les irrégularités résultant de la flaccidité de la muqueuse sur cette paroi.

Les instruments métalliques vous seront d'un grand secours, mais à la condition que, plus que jamais, vous éviterez de dépenser de la force pendant leur introduction. Ceux que vous emploierez de préférence seront les bougies de Béniqué. Ces instruments étaient primitivement d'étain et flexibles. J'ai apporté quelques modifications à leur fabrication : le métal, au lieu d'être malléable, est rigide, de telle sorte que ces bougies conservent une forme invariable; de plus, j'ai fait pratiquer à leur extrémité un pas de vis pour y adapter une bougie filiforme qui sert de conducteur. Le cathétérisme, dit à la suite, n'a pas pour but d'aider à la pénétration qui est facile, si on observe des règles précises; mais, en face d'un rétrécissement, un instrument non conduit pourrait butter contre un ressaut; la bougie conductrice qui fraye le chemin permet de diriger l'instrument avec douceur et d'éviter toujours une pression trop considérable sur le point rétréci.

Pour les rétrécissements de la portion antérieure, vous n'avez pas besoin de bougies courbes ni conduites : une baguette métallique droite vous donnera les résultats désirables.

Les introductions d'instruments ont été souvent utilisées, non pas contre des rétrécissements, mais afin de modifier une muqueuse chroniquement enflammée. Sans doute certaines uréthrites ont été améliorées par ce moyen; mais, en général, il ne suffit pas de passer des instruments pour amener la guérison des cas rebelles. Beaucoup de succès sont probablement dus à ce qu'il existait un rétrécissement dont la présence perpétuait l'uréthrite. En le faisant disparaître, on a assuré un libre écoulement au pus et à l'urine dont la stagnation entretenait l'inflammation en amont de l'obstacle.

J'arrive maintenant au traitement des altérations de la muqueuse lorsque l'urèthre n'est pas rétréci. Les moyens dont vous ferez usage sont au nombre de deux, les lavages et les instillations.

Pour pratiquer le lavage de l'urèthre, il faut se rappeler que ce canal se divise, au point de vue physiologique, en deux portions, antérieure et postérieure, séparées par le sphincter de la région membraneuse et distinctes dans leurs fonctions; le manuel opératoire diffère suivant la portion à laquelle on s'adresse.

En ce qui concerne l'urèthre antérieur, les instruments à employer sont des plus simples. Vous voyez inventer à chaque instant, pour effectuer ce lavage, de nouveaux appareils qui ne font que créer une complication inutile, car les instruments

---

physiologie morbide, et, à mon sens, il ne pouvait trouver une expression plus heureuse, car elle a été condamnée à l'oubli pour des fautes dont elle n'était pas responsable, tandis qu'elle méritait de vivre, parce que la médecine sera toujours physiologique ou elle ne sera plus.

Evidemment, M. Bouillaud a subi l'influence du réformateur, mais c'est commettre une étrange erreur que de voir en lui un disciple aveugle de cet esprit despotique. Il rend au maître la justice qui lui est due, et ce qui l'a séduit dans la doctrine nouvelle, c'est son principe, c'est cette déclaration que la pathologie n'est autre chose que la physiologie morbide. Mais son sens droit, ses habitudes de précision, sa rigoureuse méthode d'observation, devaient le préserver des erreurs auxquelles l'esprit de système avait entraîné M. Broussais. Dans maint passage de ses œuvres, il signale et déplore ces erreurs; dans un article sur le fameux *Traité de l'irritation et de la folie*, voici ce qu'il dit : « Il est aussi clair que le jour que, considéré comme système général de pathologie, le système de l'irritation ne pourrait soutenir le moindre examen. C'est un grand progrès sans doute, que d'avoir rallié à la cause des phlegmasies plusieurs maladies qui, jusque-là, en avaient été faussement séparées; mais il ne fallait pas réduire toute la médecine à une seule classe de lésions ».

Et il ajoute cette réflexion, dont la justesse s'applique à tous les systématiques, mais qui n'a jamais arrêté ni n'arrêtera jamais aucun d'eux sur la pente fatale qui les entraîne : « M. Broussais, dit-il, n'a pas su se dérober à l'influence qu'exerce sur les meilleurs esprits la méditation trop prolongée et trop exclusive d'une heureuse et féconde idée; c'est ainsi qu'absorbé tout entier dans l'idée de l'irritation et comme en extase devant cette brillante conception, il ne voit dans toutes les formes morbides que sa forme favorite; aussi, au lieu d'un système complet, M. Broussais n'a-t-il produit qu'un système exclusif. »

Je pourrais multiplier les citations, mais celles-là suffisent pour montrer avec quelle sagesse, même dans ses premiers travaux, M. Bouillaud avait su se soustraire à la dangereuse domination du maître.

Plus tard, les dissidences devaient être plus profondes encore; elles le furent surtout sur les questions d'étiologie. M. Broussais n'admettait pour aucune maladie, sauf pour la variole peut-être, l'idée de spécificité; elle était au contraire, pour M. Bouillaud, un

ordinaires remplissent parfaitement ce but. Par exemple une bougie à boule perforée à son extrémité, dite bougie à instillation est suffisante, à condition que la boule soit de petit calibre. Vous la conduisez jusqu'à la portion membraneuse où une résistance vous arrête: une seringue à instillation une fois adaptée au pavillon, vous en poussez lentement le contenu et vous remplissez plusieurs fois la seringue. Il n'est pas nécessaire de faire passer beaucoup de liquide pour qu'un lavage soit efficace, car la quantité de pus accumulée dans cette portion du canal n'est jamais bien considérable. Vous vous arrêtez dès que le liquide qui reflue est devenu limpide; si vous voulez un contrôle supplémentaire, vous regarderez en retirant l'instrument si le talon du renflement termial ramène un amas purulent, et dans ce cas vous recommencerez le lavage. Ailleurs vous pourrez faire ces irrigations en introduisant le bec de la canule d'une seringue dans l'urèthre, en vous assurant qu'il reste entre les lèvres du méat et l'instrument un espace suffisant pour permettre au liquide de refluer, et vous injectez à petits coups. Quant à la nature du liquide à employer, elle varie à l'infini; je n'ai pas à aborder ce sujet aujourd'hui.

Les lavages de l'urèthre profond peuvent se faire à l'aller et au retour. Ils sont d'une grande utilité, car vous verrez que dans la médication topique de la vessie il faut toujours comprendre l'urèthre postérieur. On choisit une sonde molle, de gomme ou mieux encore de caoutchouc rouge, de moyen calibre et on la conduit jusqu'à ce que l'œil ait dépassé la portion membraneuse; on s'assure de cette position en poussant une injection à l'aide d'une seringue; si le liquide reflue entre le canal et la sonde, c'est que l'œil est en avant; si, après le retrait de la seringue, il s'écoule par la sonde, c'est que l'ouverture de cette dernière est en arrière du sphincter. Vous injectez peu à peu le liquide qui s'écoule dans la vessie. Au retour vous faites le contraire, ramenez la sonde en avant en poussant lentement l'injection qui lave au fur et à mesure les parois. Il va sans dire que ce lavage au retour sera continué et servira d'irrigation pour l'urèthre antérieur.

Dans bien des cas il est inutile de porter sur la totalité de l'urèthre le liquide modificateur; il vaut mieux n'employer que sur certains points une petite quantité d'une solution plus concentrée; l'anatomie pathologique nous apprend, en effet, que les deux régions où se localisent les inflammations chroniques sont le cul-de-sac du bulbe et la région prostatique.

Ce sont les instillations qui vous permettront d'employer des substances qui ne peuvent être tolérées qu'à petites doses. J'en ai décrit bien souvent le manuel opératoire. Une bougie à boule, creusée d'un canal étroit dans toute sa longueur et perforée à son extrémité, est fixée à une seringue de Pravaz de grandes dimensions et fabriquée suivant mes indications. Ce matériel instrumental suffit. Au début, j'avais songé à employer une sonde ordinaire, à l'intérieur de laquelle je faisais pénétrer un mandrin d'or, creux dans toute son étendue, lequel, conduit jusqu'au niveau des yeux, permettait de verser la quantité de gouttes jugée nécessaire. Une telle complication est inutile, et je ne rappelle ces essais que parce qu'on vient récemment, à l'étranger, de proposer un instrument analogue comme une invention nouvelle.

Vos instillations porteront surtout sur les deux points dont je vous ai parlé plus haut, sur le cul-de-sac du bulbe et sur la région prostatique. Dans le premier cas, l'obstacle que vous oppose la région membraneuse ne sera pas franchi; vous reculerez même de quelques millimètres vers le méat avant de pousser le piston de la seringue. Si vous vous adressez à l'urèthre prostatique, le liquide ne refluera plus vers le méat; il séjournera dans la prostate ou bien retombera dans la vessie, lorsque vous en aurez instillé une certaine quantité. Dans les deux cas, si la sécrétion purulente est abondante, les instillations seront précédées de lavages.

Le traitement topique de la vessie ne peut se bien comprendre que si on s'est fait une idée juste des propriétés physiologiques de cet organe; il suffit, pour cela, de posséder quelques notions très simples sur sa sensibilité, qui régit à son tour sa contractilité.

A l'état normal, la vessie est infiniment peu sensible au contact simple, et la sensibilité ne s'éveille que si ce contact se prolonge. Par contre, la distension est très rapidement perçue; elle donne lieu à des douleurs si elle est poussée très loin, ou simplement au besoin d'uriner si elle est modérée. Dans une vessie enflammée, la sensibilité au contact est assez prononcée, mais la sensibilité à la distension devient excessive. Aussi, lorsque vous aurez à agir sur une vessie malade, vous mettrez en jeu les moyens qui agissent par

---

article de foi; et qui de nous peut avoir oublié avec quelle verve et quelle énergie, à cette tribune même, il défendit sa croyance et combattit la doctrine qui prétendait attribuer à la spontanéité organique la genèse des maladies spécifiques?

M. Bouillaud était aussi devenu franchement contagionniste, et sur ce terrain encore, il se serait trouvé en opposition avec M. Broussais; et, avec sa bonne foi et sa sincérité habituelles, il avouait qu'il s'était trompé lorsque, en 1833, dans son *Traité du choléra*, il avait combattu, comme il le dit lui-même, avec l'ardeur de la jeunesse, la doctrine de la contagion.

De tous ses contemporains, M. Bouillaud était celui qui, dès ses premiers travaux, avait le plus hautement revendiqué en faveur de la physique et de la chimie une part d'action considérable dans le merveilleux mécanisme de l'organisme vivant; et il semble que, dans sa thèse pour le concours de la chaire de physiologie, il pressente et annonce déjà le rôle si important qu'a pris de nos jours la chimie biologique. Mais, par contre, il ne manque aucune occasion de proclamer bien haut qu'il est vitaliste, parce qu'il reconnaît dans les corps vivants une série de phénomènes dont les sciences physico-chimiques sont impuissantes à donner la raison et qu'il rapporte à la vie, sans même tenter de la définir.

Aussi, lors d'une des mémorables discussions soulevées ici sur ces grandes questions de doctrine, applaudit-il M. Malgaigne, lorsque ce vitaliste si décidé, ainsi qu'il s'intitule lui-même, s'adressant aux chimistes, leur dit dans son langage incisif: « L'avenir est grand, j'accorde que vous arriverez à faire de l'albumine, de la fibrine du sang, voire même de la matière cérébrale et tous les éléments de nos tissus; il faudra maintenant les tisser, et ce n'est pas, à ce que je crois, l'affaire de la chimie. Je vous livre tous ces éléments, les voilà sur cette table, c'est le cadavre. A quelle science chimique ou physique allez-vous faire appel pour lui dire: Ressuscite et lève-toi? »

De même que la rectitude de son jugement et sa rigueur dans l'observation des faits avaient détourné M. Bouillaud de l'exclusivisme étroit et dangereux de la doctrine de Broussais, de même sa largeur d'esprit devait lui faire accepter franchement plus tard les découvertes de la science contemporaine.

Sans doute, il tenait pour suspect tout ce qu'annonçaient les savants d'outre-Rhin; mais il avait, au contraire, accueilli avec une

contact, et vous userez avec la plus grande modération de ceux qui éveillent sa sensibilité.

Je n'établirai donc pas ici les mêmes divisions que pour la médication topique de l'urèthre, car vous ne devrez jamais tenter directement la dilatation de la vessie par des moyens mécaniques. En effet, dans une vessie dont la sensibilité s'exagère par le fait de l'inflammation, la distension vésicale augmentera la douleur et partant la contractilité. S'il s'agit au contraire de vessies qui sont le siége de névralgies, de douleurs dont la cause est ailleurs, vous n'y éveillerez aucune sensation, ni par le contact, ni par la distension; mais le bénéfice qu'en retirera le malade sera nul; aussi, vous vous garderez bien de chercher une dilatation mécanique de la vessie, inutile quand la muqueuse n'est pas sensible, nuisible quand elle l'est.

Votre but sera de diminuer la sensibilité de la muqueuse, si exaltée lorsqu'il y a cystite. Deux moyens s'offrent à vous : ce sont les lavages et l'emploi de topiques plus ou moins énergiques.

Pour faire un lavage efficace de la vessie, il faut y comprendre l'urèthre postérieur, car vous savez qu'il n'y a pas de cystite sans que la muqueuse de l'urèthre profond ne participe à l'inflammation. Un principe domine la technique de de ces lavages, c'est de n'envoyer dans la vessie qu'une petite quantité de liquide ; vous ferez en sorte que l'entrée et la sortie se fassent avec facilité et sans violence, afin de mettre en jeu le moins possible la contractibilité vésicale. C'est donc un mouvement de va et-vient assez rapide qu'il convient de produire, et, aussitôt après la poussée du piston de la seringue, il faut la retirer rapidement pour permettre au liquide de s'écouler. Si vous injectez lentement du liquide dans la vessie, en l'y accumulant pour laisser la vessie se vider naturellement par une miction normale, vous faites une manœuvre non seulement inutile, car vous n'avez pas enlevé les matières qui s'accumulent aux parties déclives, mais dangereuse, car vous avez distendu la vessie et éveillé sa contractilité au lieu de la modérer.

A ce propos, je vous signalerai les procédés de lavages de la vessie sans sonde, que vous repousserez d'une façon absolue. Tous les huit ou dix ans, on voit cette manœuvre préconisée, chaque fois avec quelques variantes ; elle occupe un instant l'attention pour retomber bientôt dans un légitime oubli. En 1878, mon ami le docteur Berthölle a publié, dans la *Gazette hebdomadaire*, un travail sur ce sujet, et il a très justement appelé cette sorte d'injection un *lavement de vessie*; cette comparaison, exacte et saisissante, vous fera comprendre la différence qui existe entre cette manière de procéder et les lavages dont il me reste à parler.

Vous emploierez, pour les pratiquer, une sonde dont le calibre, sans être trop considérable, est cependant tel qu'il puisse produire dans la vessie un courant assez rapide. Un numéro 21 est d'ordinaire largement suffisant ; la sonde sera percée de deux yeux ; les courants se contrariant ainsi détermineront un remous complet. Le liquide devra ressortir immédiatement. Il faut, pour que le nettoiement de la vessie soit complet, que l'injection ait lieu par petits coups, assez rapides et rapprochés, non seulement sans violence, mais sans force véritable, et surtout que la quantité de liquide soit assez faible pour éviter toute distension du réservoir. Je le répète, ce n'est qu'à la condition d'établir un courant que vous obtiendrez un nettoyage, passez-moi l'expression, un rinçage nécessaire pour rendre efficace l'action des topiques sur la muqueuse. Or, tous les procédés qui consistent à faire couler presque goutte à goutte un liquide dans la vessie, donneront des résultats illusoires ; il restera toujours aux parties déclives une certaine quantité d'urine qui ne sera pas renouvelée, et les produits morbides demeureront en contact avec la muqueuse.

Quels qu'ils soient, d'ailleurs, les lavages s'adressent à la totalité du réservoir urinaire. Très souvent, vous n'aurez à agir que sur une portion limitée, car dans l'immense majorité des cas, les lésions sont limitées à la région cervicale et à celle du trigone. C'est donc sur ces points malades que l'action thérapeutique sera dirigée. Ici encore, les instillations trouvent leur indication. Guidés par les points de repère anatomiques dont je vous ai parlé, vous introduisez la boule de l'instillateur au delà du col vésical, en vous arrêtant juste à ce niveau, et vous versez le nombre de gouttes jugé nécessaire. En employant des instruments légèrement recourbés à leur extrémité, vous pouvez contourner le col et modifier toute la surface malade. Il ne faut jamais oublier de comprendre dans la médication l'urèthre postérieur, sur la surface duquel vous déposerez quelques gouttes. Enfin, je n'ai pas besoin de vous dire que, pour que l'instillation soit effi-

---

patriotique satisfaction les vérités nouvelles qui, depuis les découvertes de M. Davaine, et sous l'irrésistible impulsion de M. Pasteur, ouvraient à la science des horizons infinis.

Tout d'abord, ces nouveautés l'avaient étonné, et il avait surtout gardé une prudente réserve au sujet des inoculations prophylactiques, mais « fidèle, ainsi qu'il l'a dit lui-même, à cette sainte religion du progrès qu'il avait suivie pendant tout le cours de sa longue vie, il était prêt à admettre, sans arrière-pensée, les faits dont les novateurs lui démontreraient l'authenticité »; il ajoutait même, avec la solennité habituelle de son langage, qu'il faudrait mettre au rang des dieux celui qui révèlerait le secret de prévenir les épidémies de typhus, de fièvre jaune, de peste et de choléra.

(A suivre.)

Société des Amis des Sciences. — Samedi dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, l'Assemblée générale annuelle de la société de secours des Amis des sciences, fondée par Thénard en 1857. On sait que cette société a pour objet de venir au secours des savants ou de leurs familles qui se trouvent dans le besoin.

M. Pasteur, qui est le président actuel de cette société, devait présider cette séance, mais le mauvais état de sa santé l'en a empêché. Il a été remplacé par M. Becquerel, de l'Institut, assisté de ses collègues, MM. Bertrand, Debray et l'amiral Mouchez.

M. Richet, membre de l'Académie de médecine, a donné lecture du compte rendu de la gestion du conseil d'administration. A un moment la société, qui avait fait le bien sans calculer, s'était trouvée plongée dans des embarras financiers assez graves. Mais, aujourd'hui, le mal est réparé : les recettes de l'exercice écoulé se sont élevées à 128,796 francs, et les dépenses à 54,688 francs. Le Le capital social, qui était de 737,503 francs au 1er janvier 1887, était de 830,077 francs au 1er janvier 1888.

M. Grimaux, professeur à l'Ecole polytechnique et à l'Institut agronomique, a fait ensuite une intéressante conférence sur Lavoisier, d'après sa correspondance.

Hôpitaux de province. — *Lyon*. — M. le docteur Josserand a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

cace, il faut préalablement vider la vessie, soit au moyen de la sonde, soit en faisant uriner le malade.

Il est des cas où vous n'avez pas le choix entre les lavages et les instillations, et où ces dernières vous sont imposées; c'est lorque la cystite est tellement intense qu'elle ne permet pas le séjour d'une quantité notable de liquide dans le réservoir urinaire. Un lavage vous obligerait à distendre la vessie et à employer de la force; vous augmenteriez ainsi la cystite au lieu de la faire cesser. Au contraire, à l'aide des instillations, vous n'injectez qu'une quantité insignifiante de liquide, et vous obtenez une action thérapeutique mieux réglée et plus complète.

NEUROPATHOLOGIE

DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE DES TABÉTIQUES ET DE SA NATURE PÉRIPHÉRIQUE, par M. DÉJERINE (1).

Il n'est pas très rare d'observer chez des tabétiques, arrivés à une époque plus ou moins avancée de leur affection, des atrophies musculaires à marche en général lente, à évolution progressive et persistante. L'existence de ces atrophies au cours du tabes est plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord, car, sur les 106 ataxiques qui sont actuellement dans mon service de Bicêtre, je les ai observées chez onze malades (tous ayant des atrophies très marquées) et en négligeant les cas dans lesquels la diminution de volume des muscles des mains et des jambes pouvait être mise sur le compte de l'émaciation générale.

Ces atrophies musculaires survenant au cours du tabes ont été observées il y a déjà assez longtemps par Duménil, Marotte, Fridreich, plus récemment par Charcot et Pierret, Leyden, Westphal, Fournier, Bernhardt, Joffroy, Condoleon, et leur pathogénie est encore loin d'être élucidée. Toutefois, pour ce qui a trait aux atrophies musculaires des membres et du tronc (les seules dont je m'occuperai dans la présente note), d'après les autopsies que nous possédons, et qui sont dues à Charcot et Pierret, Leyden, Westphal, Condoleon, l'atrophie musculaire des tabétiques relèverait d'une atrophie des cellules motrices.

En est-il toujours ainsi? En d'autres termes, l'atrophie musculaire des tabétiques relève-t-elle toujours d'une poliomyélite antérieure chronique? A cette question, je crois pouvoir répondre par la négative, et, me basant sur le résultat de recherches dont je donne ici un résumé succinct, je crois pouvoir affirmer que, dans l'immense majorité des cas, l'amyotrophie des ataxiques relève d'une altération des nerfs moteurs périphériques, sans participation aucune de la substance grise antérieure et des cellules motrices au processus.

La symptomatologie présentée par les malades peut être, suivant les cas, assez variable. D'une façon générale, l'atrophie prédomine aux extrémités des membres (mains et jambes), et c'est par là qu'elle débute le plus souvent. D'autres fois, avec une atrophie plus ou moins prononcée des jambes, on rencontre du côté des membres supérieurs une topographie de l'atrophie absolument semblable à celle du type Aran-Duchenne; d'autres fois enfin, mais plus rarement, on observe, associée avec une atrophie des jambes, une atrophie à type scapulo-huméral, absolument semblable à celui que M. Landouzy et moi avons décrit comme l'une des formes cliniques de la myopathie atrophique progressive. Ce sont là, du reste, des particularités sur lesquelles je reviendrai plus longuement dans un travail ultérieur.

Les conclusions de la note actuelle sont basées sur les observations cliniques suivies d'autopsie avec examen histologique de cinq tabétiques atrophiques. La technique employée pour les nerfs et les muscles a été l'examen à l'état frais, après action de l'acide osmique et du picrocarmin, et l'examen à l'aide de coupes pratiquées après durcissement dans le bichromate de potasse. Dans chacun de ces cas, les racines antérieures ont été examinées minutieusement à l'état frais et à l'aide de coupes. La moelle épinière a été examinée après durcissement. Voici le résumé de cinq observations :

OBS. I. — *Atrophie musculaire évoluant depuis trente ans chez un tabétique. Atrophie des membres supérieurs, type Aran-Duchenne. Atrophie des jambes avec équinisme. Ataxie très prononcée. Troubles très marqués de la sensibilité avec retard dans la transmission. Pas de contractions fibrillaires. Mort. Autopsie. Sclérose postérieure siégeant dans toute la hauteur de la moelle épinière, avec atrophie des racines correspondantes. Examen histologique. Atrophie avec pigmentation du faisceau primitif. Névrite très prononcée des nerfs musculaires et des troncs, diminuant progressivement de bas en haut. Intégrité des racines antérieures dans toute la hauteur et des cellules motrices.*

Le nommé F..., âgé de 70 ans, à Bicêtre depuis 1882, entre dans mon service d'infirmerie le 3 février 1887. C'est un ataxique atrophique. Les douleurs fulgurantes ont commencé chez lui à l'âge de 31 ans. L'atrophie musculaire a débuté à l'âge de 40 ans par les mains; il fut soigné à cette époque par Piorry (1846), qui diagnostiqua, dit-il : « atrophie musculaire avec tremblements fibrillaires. » Les jambes ne se sont prises que plus tard. Depuis un an il ne quitte plus le lit.

Etat actuel. — Intelligence vive et bien conservée. Ataxie très marquée des quatre membres, plus marquée aux membres inférieurs. Douleurs fulgurantes, troubles très marqués de la sensibilité. L'atrophie musculaire présente la topographie suivante : déformation symétrique des deux mains, qui ont l'apparence simienne. Le pouce est sur le même plan que les métacarpiens. A droite, les muscles de l'éminence thénar ont complètement disparu; à gauche, il persiste des traces de l'adducteur du pouce. L'atrophie des muscles précédents est portée à un degré extrême, la peau est collée sur les os. Les muscles des hypothénars et les interosseux sont peu touchés; légère griffe cubitale. Les muscles des avant-bras et des bras sont moins atrophiés que les thénars. Pas de contractions fibrillaires. Membres inférieurs: atrophie très prononcée des muscles de la région antéro-externe de la jambe, avec pied-bot équin. Atrophie des muscles du mollet. Atrophie des muscles des cuisses moins prononcée. Myosis avec signe d'Argyll-Robertson. Chute des dents. Pas de réflexe patellaire. Altérations très marquées de la sensibilité cutanée avec retard. Perte du sens musculaire. Face et langue intactes. Le malade se fracture la cuisse dans le courant d'octobre, et meurt le 7 décembre 1881.

A l'*autopsie*, les thénars des deux côtés ont disparu et ne sont plus représentés que par quelques fibres jaunâtres. Les interosseux et les muscles des hypothénars sont normaux. Aux membres inférieurs, les jambiers antérieurs, extenseur commun et extenseur propre, sont un peu moins atrophiés et jaunes. Les thénars des pieds sont atrophiés et jaunes des deux côtés.

(1) Travail du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, communiqué à la Société de Biologie.

Moelle épinière.—Sclérose postérieure avec atrophie des racines correspondantes dans toute la hauteur. Racines antérieures, aspect normal.

Examen histologique pratiqué à l'état frais et après durcissement, sur les nerfs intra-musculaires du thénar des deux mains et du thénar du pied gauche, du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils droits. Acide osmique et picrocarmin. Altérations considérables. Les troncs nerveux restent presque blancs, après un séjour de vingt-quatre heures dans une solution d'acide osmique à 1 p. 100. Les nerfs précédents ne sont plus représentés que par des gaines vides; c'est tout au plus si l'on trouve un ou deux tubes nerveux sains par préparation. Le tibial antérieur, examiné en entier par dissociation, présente les mêmes altérations. L'atrophie des tubes nerveux diminue en remontant le long des nerfs; elle est un peu moins prononcée dans le tronc du sciatique poplité externe que dans le tibial antérieur, et douteuse dans les troncs des sciatiques à leur partie supérieure. Atrophie simple du faisceau primitif, avec multiplication nucléaire et pigmentation.

Racines antérieures.— Toutes les racines antérieures, lombaires et cervicales, ont été examinées soit par dissociation à l'état frais (acide osmique, etc.), soit après durcissement et coupes après inclusion dans la celloïdine. Sur 130 préparations par dissociation, les racines antérieures présentent les caractères de l'état normal. Sur les coupes, il est de même impossible de reconnaître l'existence de la moindre lésion. La moelle épinière a été durcie dans le bichromate et maintenue à 40° dans l'étuve. Les coupes faites au niveau du renflement lombaire et cervical montrent les lésions classiques du tabes. Les cellules motrices sont normales comme nombre, forme et volume, et il en est de même pour les faisceaux radiculaires antérieurs.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

L'érythrophléine, un nouvel agent d'anesthésie locale.

I. Sur le poison haya et sur l'érythrophléine, par le docteur Lewin (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, nº 4, p. 61).— II. Remarques au sujet du précédent travail, par le professeur Liebreich (*Therapeutische Monatshefte*, 1882, nº 2, p. 74).—III. Sur la valeur pratique de l'anesthésie érythrophléinique, par le docteur Karewski (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1888, nº 8, p. 143).

I. M. Lewin a été mis en possession, par un de ses correspondants de Londres, de fragments d'une matière brunâtre, les uns informes, les autres travaillés par la main de l'homme, de provenance africaine; il expose en détails comment il a été conduit à soupçonner que ces fragments avaient servi à enduire des flèches pour les envenimer, que c'étaient des échantillons d'un poison en usage parmi quelques peuplades de l'Afrique et connu sous le nom de haya. Se souvenant de la lecture de certaine notice disant qu'il existe en Afrique des poisons doués de la propriété d'insensibiliser, ayant lu d'autre part, dans les récits de voyage de Livingstone, que les habitants des rives du lac Nyarra manient un poison qui rend la langue insensible et rigide, Lewin eut l'idée de rechercher si une solution aqueuse de la masse brunâtre en question, déposée sur l'œil d'un animal, n'engendrerait pas une anesthésie locale. Cet espoir s'était réalisé. Chez tous les animaux auxquels Lewin fit, dans un œil, des instillations de cette solution aqueuse, s'est développée une anesthésie plus tardive mais plus durable que l'anesthésie locale consécutive à une instillation de cocaïne. Immédiatement après l'instillation de la solution de haya se manifestait une légère irritation de l'œil, mais qui était prompte à disparaître.

Des expériences faites ensuite sur des grenouilles, des lapins, des pigeons, et destinées à mettre en lumière les symptômes par lesquels se traduit l'action générale du poison doué de ce pouvoir anesthésiant local, ont donné des résultats qui rappelaient *grosso-modo* les symptômes de l'empoisonnement par l'érythrophléine, le principe actif du poison dont se servent les Somali pour envenimer leurs flèches. Or, dans les fragments qui lui étaient soumis, M. Lewin a découvert des lamelles d'épiderme, qui lui rappelaient l'épiderme des échantillons d'écorce d'érythrophlée qu'il avait en jadis en sa possession. En les comparant avec des échantillons nouveaux de cette même écorce, il put se convaincre de leur parfaite ressemblance avec l'épiderme de l'érythrophlée. Il était à prévoir, dès lors, que les préparations d'érythrophlée possèdent également l'action anesthésiante locale du poison haya.

Pour élucider cette question, M. Lewin a fait des expériences avec le chlorhydrate d'érythrophléine, dont on ne connaissait jusqu'alors, en fait de propriétés physiologiques, que l'action sur le cœur et les effets convulsivants. En instillant dans l'œil d'un animal quelques gouttes d'une solution concentrée d'érythrophléine (2 0/0), il a obtenu, comme résultat, une anesthésie locale qui persistait pendant 10-24 heures, accompagnée de mydriase et aussi de phénomènes d'irritation assez sérieux : opacité de la cornée, salivation, sécrétion de la pituitaire, éternuements. Ces phénomènes d'irritation ont fait défaut à la suite d'instillations d'une solution moins concentrée de chlorhydrate d'érythrophléine (0,25 à 0,05 0/0), qui produisaient néanmoins l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive, sans modifications du diamètre pupillaire; l'anesthésie apparaissait au bout de 15 à 20 minutes, et elle durait pendant un assez grand nombre d'heures, voire jusqu'à deux jours. Ces expériences ont été faites sur des chats, des chiens, des lapins, des cobayes. L'effet anesthésiant était absolument local, car lorsqu'on injectait le liquide dans les paupières, ces replis devenaient d'une insensibilité complète, tandis que la sensibilité de l'œil restait intacte. Pour donner une idée de l'intensité de cette action anesthésiante locale de l'érythrophléine, M. Lewin mentionne que pour obtenir l'anesthésie de l'œil, il suffit d'instiller trois gouttes d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,1 0/0, ce qui représente 0 gr. 00015 de principe actif.

En injectant sous la peau d'un cobaye 1/2 à 1 1/2 milligr. de cette même solution (0,1 0/0), il s'est développé, à une certaine distance autour de la piqûre, une anesthésie tellement profonde, qu'on a pu inciser les téguments jusqu'aux mucles, sans occasionner de douleur apparente à l'animal. En injectant sous la peau d'une grenouille la valeur d'un quart de la seringue de Pravaz d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine, l'insensibilité devint telle au siége de l'injection que le contact de l'acide sulfurique concentré, d'un fer rouge, ne développait plus aucune réaction de la part de l'animal.

Enfin, M. Lewin relate que, s'étant fait à un doigt, avec un morceau de verre, une blessure extrêmement douloureuse, il déposa sur la petite plaie quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,2 0/0. Au bout de dix mi-

nntes, la douleur s'était dissipée ; c'est tont an plus si on parvenait encore à la réveiller par une pression assez forte. Cette analgésie locale persista nne heure environ.

La prenve étant ainsi faite de la remarqnable propriété anesthésiante locale de l'érythrophléine connne déjà pour être nn poison violent du cœur, M. Lewin, en considération de ce donble fait, prévoit que l'érythrophléine, comme la plnpart des autres poisons utilisés en médecine, sera une arme à double tranchant, aux effets salutaires ou funestes, suivant qu'elle sera maniée par des mains expérimentées ou mise au service de l'ignorance.

II. M. Liebreich a dirigé contre la communication de M. Lewin, les critiques suivantes :

L'anesthésie locale que M. Lewin a constatée chez des cobayes, à la suite d'nne injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne, s'observe également qnand on substitue à la solntion d'érythrophléine, nne solution étendue de perchlorure de fer, on de fer dyalisé, on de résorcine, etc., de sorte qu'il n'est pas permis de conclure des expériences de M. Lewin à nne action anesthésiante de l'érythrophléine chez l'homme.

Les résultats de l'expérience relative aux injections d'érythrophléine pratiquées dans une paupière doivent être interprétées dans le sens d'une paralysie de l'orbiculaire; peut-être y a-t-il anesthésie concomitante des paupières. Quant à l'anesthésie cornéenne consécutive aux instillations d'érythrophléine, elle n'est pas à mettre en doute.

Relativement aux doses d'érythrophléine à employer dans un but thérapeutique et en injections sous-cutanées, M. Liebreich estime qu'il ne faut pas dépasser 1 centigramme. Les expériences qu'il a faites sur l'homme ont donné les résultats suivants :

A la suite d'une injection de 1 milligramme de chlorhydrate d'érythrophléine, pas d'anesthésie cutanée. A la suite d'une injection de 2 milligrammes, anesthésie au bout de trois quarts d'heures, dans une étendue de 1/2 centimètre carré. A la suite d'une injection de 7 milligrammes, au bout de trois heures, anesthésie dans une étendue correspondante à celle d'une pièce de cinq francs en argent. L'injection a toujours occasionné de la rongeur et de l'endolorissement. L'anesthésie de l'œil se manifeste plus tardivement qu'à la suite des injections de cocaïne, même quand on instille une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0, 4 0/0, et toujours il se produit une irritation locale très vive, pouvant aller jusqu'à la suppuration.

III. Dans le but de s'éclairer sur la valeur pratique de l'action anesthésiante locale de l'érythrophléine, M. Karewski a fait de très intéressentes expériences sur un certain nombre de personnes de bonne volonté : quatre confrères, un infirmier, une jeune fille, tous robustes, et sans apparence aucune de nervosité. Chez ces six sujets, des injections sous-cutanées d'érythrophléine ont été faites à l'un des avant-bras, ou aux deux et alors on appliquait la bande d'Esmarch sur l'un des membres supérieurs. La dose de chlorhydrate d'érythrophléine injectée, à chaque fois, variait de 1/2 à 5 milligrammes, cette quantité de principe actif étant dissoute dans 1 gramme d'eau. On marquait à l'encre le point où était pratiquée l'injection et le trajet qne se frayait le liquide sous la peau. La sensibilité locale était ensuite explorée avec nne épingle.

Résultat : Il n'y a jamais eu anesthésie complète au siège de l'injection, même lorsqne la partie avait été rendne exsangue par l'application de la bande d'Esmarch. Dans les circonstances les plus favorables à la prodnction de l'anesthésie locale, seule la sensibilité à la donleur était abolie, la sensibilité tactile persistait. Encore, pour obteuir nne analgésie locale complète, fallait-il injecter 2 1/2 milligrammes an moins de chlorhydrate d'érythrophléine, en recourant du même conp à l'application de la bande d'Esmarch. En outre, il a semblé qne l'intensité de cette action analgésiante locale est sujette à de grandes variations individuelles. L'étendne de la zône d'analgésie a tonjours été très limitée, 1/2 centimètre de rayon. En applications sur la peau intacte, à l'état de solution alcoolique à 2 0/0, le chlorydrate d'érythrophléine n'a jamais produit d'anesthésie locale, alors même qn'on avait disposé l'expérience de manière à empêcher l'évaporation du liquide pendant nne demi-heure. L'analgésie de la pituitaire a été obtenne après dix-huit minntes d'application d'un tamponnet imbibé d'une solntion de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,5 0/0.

L'analgésie cntanée obtenue dans les conditions susdites avait nne durée de plusieurs henres (jnsqn'à donze henres). Mais les injections entraînaient à leur suite des effets secondaires assez fâcheux : douleurs au pourtour de la piqûre, s'exaspérant au point de devenir insnpportables et persistant pendant plusienrs jours ; rougenr de la peau, apparition d'une papule, quelquefois d'un œdeme circonscrit à l'endroit de la piqûre; éternuements fréquents, larmoiement, coryza violent, à la suite des applications d'érythrophléine sur la muqueuse nasale. Aux membres, ces phénomènes réactionnels étaient atténués quand on avait recours à l'application simultanée de la bande d'Esmarch.

Les résultats de ces expériences préalables n'étaient pas bien encourageants, fait remarquer l'auteur, en tant que préface des essais à faire avec le nouvel agent d'anesthésie locale sur le terrain de la clinique. Néanmoins, ces essais ont eu lieu, à savoir : dans deux cas de panaris, insuccès complet; ponr l'ablation, à l'aide du ciseau, d'un cal proéminent consécutif à une fracture métacarpienne; pour l'extirpation d'un ganglion; pour l'ouverture d'une bourse séreuse à la paume de la main : ces opérations ont pu être menées à honne fin, sans occasionner de douleurs aux patients (emploi simultané de la bande d'Esmarch). Six fois M. Karewski a eu recours à l'érythrophléine (injections sous-gingivales) pour des avulsions de dents ; quatre fois l'avulsion, pratiquée de quinze à soixante-sept minutes après l'injection, a été indolore. Mais les opérés ont eu conscience du choc produit au moment du soulèvement de la dent; de plus, avant l'extraction et vingt-quatre heures après, ils ont souffert des suites de l'injection. Chez nn autre sujet, une exirpation de polypes naso-pharyngiens a pu être conduite à bonne fin, après insensibilisation complète du champ opératoire au moyen de l'érythrophléine; de même pour l'ablation, avec la cuiller, de granulations tuberculeuse couvrant une surface de la longueur d'un doigt et d'une largeur de deux centimètres environ, à la suite d'un double badigeonnage avec une solution d'érythrophléine à 0,5 0/0. Toutefois, le contact de l'instrument avec les bords de la surface granuleuse excitait des douleurs très vives. M. Karewski mentionne, d'autre part, qu'un de ses amis s'est fait extirper l'ongle d'un doigt, que l'opération a été pratiqnée sans douleur, nne heure et demie après une injection d'érythrophléine. Mais dans l'intervalle qui s'était écoulé entre l'injection et l'opéra-

tion, le patient avait éprouvé des souffrances atroces dans la main.

Enfin, M. Karewski a eu recours aux injections d'érythrophléine dans deux cas de lumbago, dans un cas de névralgie brachiale, dans deux cas de névralgie intercostale, dans un cas de sciatique. Dans tous ces cas, le mal datait déjà de loin. Les injections étaient pratiquées dans le point où la douleur atteignait son maximum d'intensité. La dose d'érythrophléine injectée a varié de 1/2 à 5 milligrammes. Voire qu'une fois on a fait, à une heure d'intervalle, deux injections successives de la valeur de 5 milligrammes chacune. Les injections ont été suivies constamment d'une douleur violente, qui persistait pendant une heure, une heure et demie. En même temps se dissipait la douleur névralgique. La durée de cette période d'analgésie variait suivant la dose d'alcaloïde injectée : pour 1/2 milligramme, elle était de une heure; pour 2 1/2 milligrammes, de vingt-quatre heures. Chez un malade, la guérison définitive a été obtenue au prix de deux injections de chlorhydrate d'érythrophléine, de 2 1/2 milligrammes chacune.

M. Karewski a résumé son jugement sur la valeur pratique de l'anesthésie érythrophléinique dans les termes qui suivent :

Cette anesthésie sera forcément d'un emploi très limité, à cause du long intervalle qu'elle met à se produire, à cause de son inconstance — voire qu'on doit se demander si cette anesthésie peut être obtenue sans le secours de la bande d'Esmarch, — à cause surtout des effets concomitants; peut-être y aura-t-il lieu d'en limiter l'emploi aux cas où l'on se propose d'enlever des granulations avec la cuiller. L'érythrophléine mérite de faire l'objet d'une expérience en règle, eu égard à l'application de son action analgésiante au traitement des névralgies. On peut espérer obtenir de bons résultats de l'association de la cocaïne et de l'érythrophléine, au point de vue de la durée de l'anesthésie, et pour combattre la réaction locale provoquée par les injections d'érythrophléine. Dans un cas de névralgie intercostale, la douleur névralgique s'est dissipée une heure après une injection mixte de 2 milligrammes d'érythrophléine et de 2 centigrammes de cocaïne, et l'injection n'a pas été douloureuse par elle-même.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

I S. Perret. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Un volume in-8° de 500 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887.

Le livre de M. S. Perret présente le double avantage d'être très au courant de la science moderne et de ne rien oublier de ce qui a été la clinique du passé. Et, dans les 23 leçons dont il se compose, on peut suivre, vis-à-vis des sujets les plus divers, cette évolution d'un bon clinicien qui demande aux découvertes récentes des moyens d'investigation nouveaux, tout en prenant comme base de son étude les méthodes d'observation qui ont fait la gloire de la vieille Clinique française.

Certes, je pourrais discuter, dans l'œuvre de M. Perret, bien des théories, quoique, en général, il s'en montre sobre. Je pourrais, par exemple, le prendre à partie sur sa leçon de la goutte saturnine, où il admet que le métal produit un « état dyscrasique à prédominance acide »; mais j'aime mieux louer sans réserves la méthode de l'auteur, son exposition toujours claire, son érudition de bon aloi.

Parmi les leçons qui méritent d'appeler particulièrement l'attention, je signalerai celles sur la dilatation de l'estomac, les bruits extra-cardiaques, la sclérose en plaques, le diagnostic de la chlorose, l'ulcère de l'estomac et les rechutes de la fièvre typhoïde.

M. S. Perret a le don de la précision; il sait habilement conduire ses auditeurs à travers les discussions théoriques et les incertitudes de la physiologie; on pourra s'en convaincre en lisant ses leçons sur l'aphasie et sur la sclérose latérale amyotrophique.

II. L. Baumel. Maladies de l'appareil digestif. — Leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, avec 10 fig. dans le texte et une planche en chromo-lithographie. — Un volume in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

M. Baumel n'a point écrit, à proprement parler, un traité didactique, selon la formule d'autrefois. Comme il le dit dans une première leçon qui mérite d'être attentivement lue, la pathologie uniformise ce que la clinique varie à l'infini; aussi la première prend-elle sur la seconde un point d'appui si solide qu'on ne peut étudier séparément l'une sans l'autre, et qu'à côté de la description classique d'une maladie donnée, doit toujours figurer une observation clinique qui serve de point de comparaison, ou pour mieux dire d'illustration.

Ainsi envisagée, la pathologie prend tout de suite un caractère alerte qui séduit dès les premières lignes. Habituellement on lit les leçons cliniques, on se borne à consulter les traités de pathologie, tandis que M. Baumel a eu le grand mérite d'écrire un livre de lecture facile, dont l'intérêt est rehaussé par de pratiques indications thérapeutiques.

Les chapitres qui retracent l'histoire des angines, et ceux où l'auteur étudie les maladies de l'estomac, m'ont paru devoir être particulièrement remarqués.

Des notes additionnelles assez nombreuses résument fidèlement les dernières acquisitions de la science depuis l'époque où ces leçons ont été professées.

En résumé, M. Baumel a écrit un bon livre qui aura certainement le même succès que son enseignement.

Albert Robin.

BULLETIN

L'Érythrophléine. — L'action des médicaments a distance. — L'hypnotisme devant l'Académie de médecine de Belgique. — Suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis. — Expériences de vaccination des porcs contre la pneumo-entérite, des souris contre la fièvre typhoïde. — Deux nouveaux recueils : *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, clinique des maladies du système nerveux*; — *Bulletin des travaux de l'Université de Lyon.*

L'érythrophléine est en ce moment l'objet d'une vaste expérimentation, surtout en Allemagne, et, suivant quelques auteurs, aurait la prétention de détrôner la cocaïne. M. Panas a communiqué, mardi dernier, à l'Académie de médecine le résultat

de ses recherchee sur l'emploi de cette substance en ophthalmologie, et montré que les douleurs et les phénomènes d'irritation qu'elle produit contre-balancent les avantages de l'anesthésie pro'ongée qui suit son application. La cocaïne, dont on peut répéter sans inconvénient les instillations aussi longtemps que l'aneethésie est nécessaire, est donc préférable à l'érythrophléine.

Ce n'est pas seulement en ophthalmologie que les avantages d'abord attribués à l'erythrophléine sont ainsi battus en brèche. Le professeur Kaposi, de Vienne, dans une série de vingt-sept expériences, a cherché si on ne pourrait pas utiliser cet anesthésique local en dermatologie et dans la petite chirurgie. Des injections sous-cutanées d'érythrophléine produisent, en effet, dans un territoire assez circonscrit autour de la piqûre, de l'anesthésie et surtout de l'analgésie; mais, même quand on emploie de faibles doses, on observe des phénomènes d'irritation, douleur, rougeur, gonflement, augmentation de température au siège de l'injection; quelquefois même sont survenus des symptômes généraux d'intoxication après l'injection de 2 centigr.: vertiges, dilatation des pupilles, troubles circulatoires et respiratoires, nausées, vomissements. M. Kaposi en conclut légitimement que l'érythrophléine ne saurait être employée comme anesthésique local.

M. P. Guttmann, de Berlin, dans quinze cas où il a employé les injections d'érythrophléine, n'a guère dépassé la dose de 2 milligr., suffisante pour produire une analgésie qui dure de 6 à 8 heures. Les injections, suivant lui, donnent lieu simplement, pendant une heure, à une sensation de cuisson fort supportable. Elles sont parfois suivis cependant de la formation d'une petite induration. Avec 2 milligr. on n'obtient pas d'anesthésie cutanée; il faut une dose plus forte. Mais alors les phénomènes d'irritation eignalés par M. Kaposi ne sont-ils pas à craindre?

M. Kareweki, partisan de ces injections pour combattre les douleurs névralgiques, est le premier à reconnaître que l'érythrophléine ne saurait être utilisée comme anesthésique pour les opérations.

Si l'on admet, avec M. Liebreich, que l'érythrophléine est plutôt un caustique qu'un anesthésique local, on est autorisé à se demander si les effets favorables qu'elle semble produire dans le traitement des névralgies, ne tient pas autant à une action révulsive qu'à son action analgésiante. Les douleurs qui, d'après M. Kaposi, partant du point où l'on a fait la piqûre s'irradient aux environs, sembleraient donner raison à cette manière de voir.

— L'action des médicaments à distance chez les hypnotisés, signalée par MM. Bourru et Burot, de Rochefort, a fait beaucoup de bruit, dans le monde extra-scientifique plus encore que dans le monde médical, surtout depuis la communication de M. Luys à l'Académie de médecine, dans la séance du 30 août dernier. On sait que, dans des conférences et dans une brochure publiée à la fin de l'année dernière, notre confrère a développé les différents points de sa communication. Des faits du même genre ont été rapportés par d'autres expérimentateurs et, cette semaine même, la Gazette des Hopitaux (numéro de mardi dernier 6 mars) en publie un tiré d'une leçon clinique de M. le professeur Peter.

S'il est sage de s'inspirer du doute scientifique c'est bien certainement dans l'étude des phénomènes ayant trait à l'hypnotisme. L'Académie s'est conformée à cette règle de prudence en soumettant, du consentement d'ailleurs empressé de l'auteur, les expériences de M. Luys au contrôle d'une commission prise dans son sein. M. Dujardin-Beaumetz a fait connaître mardi dernier le programme expérimental institué par la commission, avec le concours de M. Luys, et les résultats qu'elle a constatés. Ces résultats l'on conduite, tout en reconnaissant l'extrême bonne foi de M. Luys, à infirmer les inductions que celui-ci avait tirées de ses expériences, et à conclure « que les effets produits par des médicaments placés à distance chez des sujets hypnotisables, paraissent dépendre plus des caprices de la fantaisie et du souvenir du sujet mis en expérience que des substances médicamenteuses renfermées dans les tubes employés dans ce cas. » « Ni la thérapeutique, ni la médecine légale, ajoute la commission, n'ont donc à tenir compte de pareils effets. »

M. Luys a demandé la parole pour une séance ultérieure; il lui sera peut-être difficile d'opposer des arguments probants aux inductions légitimes d'expériences, que la Commission, il faut le reconnaître, a conduites avec une grande impartialité et une égale prudence.

— L'Académie de médecine de Belgique a eu aussi à s'occuper d'hypnotisme, mais à un autre point de vue. Il s'agissait de savoir si les pratiques de l'hypnotisme offrent des dangers, notamment en séance publique. Sur le rapport d'une commission dont M. Masoin était le rapporteur, la proposition suivante a été votée: « L'Académie, considérant que les pratiques de l'hypnotisme sont dangereuses pour la santé publique, estime que les séances publiques de magnétisme doivent être interdites par le législateur. »

Cette conclusion est très juste et très sage. L'hypnotisme est un sujet d'étude des plus intéressants pour la physiologie et la psychologie; il peut aussi offrir à la thérapeutique des ressources précieuses; mais il ne faut pas oublier que l'état hypnotique est, en définitive, un état pathologique dont on ne saurait se faire un jeu. Et comme, d'autre part, ni la science ni la pratique n'ont rien à gagner dans les séances publiques où, par contre, la vue des phénomènes produits peut contribuer à exalter chez bon nombre d'assistants le nervosisme que bien d'autres causes suffisent à créer ou à entretenir, ces séances devraient être partout l'objet de la mesure prohibitive proposée par l'Académie de médecine de Belgique.

— La commission de l'Académie de médecine de Paris relative à la propagation de la syphilis, en présence des critiques soulevées par l'empiétement de ses conclusions sur le terrain juridique, s'est spontanément et généreusement exécutée; on ne peut que s'associer aux éloges que lui a adressés M. Trélat dans une allocution humoristique que son talent d'improvisation lui a permis de substituer au discours qu'il avait préparé et qui perdait toute opportunité après le changement de front de la commission. Ce que celle-ci désire obtenir, pour peser aussi vigoureusement que possible sur les pouvoirs publics, c'est, non-seulement une forte majorité, mais l'unanimité des membres de l'Académie. Aussi n'a-t-elle pas craint de faire une large concession, et a-t-elle fait disparaître des nouvelles conclusions, dont nos lecteurs ont déjà connaissance par le Journal des sociétés scientifiques, tous les termes de droit ou de jurisprudence qui auraient pu diviser les esprits. Avec de telles dispositions à la conciliation, la discussion sur la prophylaxie de la syphilis ne peut que se terminer rapidement et à la satisfaction de tous.

— Microbes, atténuation de leur virulence, vaccination : tels sont désormais les trois termes qui dominent l'étude expérimentale de toute maladie infectieuse. MM. Cornil et Chantemesse poursuivent en ce moment celle de la pneumoentérite des porcs. Ils ont résolu les deux premiers termes et abordé le troisième. Ils feront connaître un peu plus tard à l'Académie des sciences les résultats de la vaccination des porcs.

Les expériences entreprises, d'autre part, par MM. Chantemesse et Vidal sur la vaccination contre la fièvre typhoïde, et communiquées à la Société de Biologie, nous toucheraient de plus près si l'on pouvait toujours, en pratique surtout, conclure des animaux à l'homme. Malheureusement, il ne s'agit encore que de la souris. Ce petit rongeur, sous l'influence de l'inoculation du bacille typhique de l'homme, ne tarde pas à succomber à des accidents en tout comparables à ceux de la fièvre typhoïde humaine. Or MM Chanteresse et Vidal ont démontré expérimentalement les deux propositions suivantes: 1o Les souris qui ont été préalablement inoculées avec du bouillon de culture privé de bacilles, mais dans lequel ont vécu des colonies de bacilles typhiques, résistent au virus le plus virulent; 2° Les souris qui ont reçu du bouillon stérilisé, dans lequel ont vécu des microbes indifférents, ne résistent pas au virus de la fièvre typhoïde.

La seconde proposition est comme la contre-épreuve de la première. De plus, il est à remarquer qu'il ne s'agit plus ici de vaccination par un microbe dont la virulence est atténuée : l'immunité contre l'infection est conférée par des principes chimiques solubles élaborés par les bacilles. C'est le point important sur lequel M. Pasteur appelait naguère l'attention de l'Académie des sciences.

— On nous permettra de souhaiter ici la bienvenue à deux nouveaux recueils.

Tous ceux qui s'intéressent à l'étude des maladies du système nerveux ont dans leur bibliothèque l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, publiée il y a quelques années par MM. Bourneville et Regnard. Cette intéressante publication s'est arrêtée au troisième volume. Elle va revivre, sous une autre forme, mais avec non moins d'intérêt, dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, dont nous avons sous les yeux le premier numéro. Ce recueil, placé sous le patronage de M. Charcot, est publié par ses trois aides principaux, ses trois *assistants*, pour employer le langage d'Outre-Rhin, MM. Paul Richer, chef du laboratoire, Gilles de la Tourette chef de clinique et Albert Londe, directeur du service photographique. Le but principal des auteurs est le suivant: « donner tous les deux mois, en attendant mieux, une brochure de deux à trois feuilles contenant l'exposé des faits les plus intéressants observés à la *Clinique* pendant cette période, en tant que ces faits intéressent, pour leur parfaite intelligence, une représentation figurée que nous donnerons toujours aussi complète que possible.

« De même, afin de rendre notre publication encore plus fructueuse, accepterons-nous les travaux nés en dehors de la *Clinique*, travaux qui n'auraient pu trouver place ailleurs que dans nos colonnes, vu l'importance prépondérante de cet élément figuré. »

Outre les nombreux éléments d'étude dont ils disposent à la Salpêtrière, cette mine en quelque sorte inépuisable pour la neuropathologie, les auteurs de la *Nouvelle Iconographie* joignent les ressources précieuses d'un art consommé à celles d'une connaissance approfondie des maladies dont ils doivent s'occuper ; le succès ne peut donc que couronner leurs efforts.

La publication du second recueil dont nous avons à parler a déjà été annoncée dans la Gazette médicale : il s'agit du Bulletin de l'Université de Lyon. Ce Bulletin « donnera, sous forme de résumé, les travaux écrits, les travaux de laboratoire des professeurs et des élèves de l'Université de Lyon. Ces résumés seront faits par les auteurs eux-mêmes et groupés, autant qu'il sera possible, par ordre de matières. Le compte rendu critique des travaux d'élèves sera également réservé aux professeurs. Le Bulletin paraîtra tous les trimestres, en quatre fascicules par an ; les premiers numéros de l'année 1888 contiendront l'annalyse des travaux de l'année 1887. »

Le Bulletin contiendra, en outre, sous forme de chronique, des renseignements sur tous les faits universitaires, littéraires et scientifiques qui intéressent Lyon, la région lyonnaise, la partie de la Suisse et celle de l'Italie du nord avec lesquelles la ville de Lyon a les relations les plus fréquentes.

Le Bulletin est rédigé par un comité composé de seize membres, quatre par Faculté (lettres, sciences, droit, médecine). Les différentes sections dans lesquelles sont répartis les travaux sont les suivantes : philosophie, linguistique, littérature et philologie, géographie, histoire, droit romain, droit civil, droit commercial, mathématiques, physique, chimie, géologie, botanique, zoologie, anthropologie, physiologie, anatomie, médecine, chirurgie, hygiène, thérapeutique, matière médicale.

En formant ainsi un seul faisceau de tous leurs travaux, les professeurs des quatre Facultés de Lyon ont voulu affirmer leur union, s'entre-aider en mettant ainsi plus facilement leurs recherches à la disposition les uns des autres, enfin présenter au monde savant, sous une forme synthétique qui appelle et fixe mieux l'attention, la somme de travail émanée de leur centre intellectuel, qu'ils ne craignent pas d'appeler, et ils ont raison, leur *Université*. Nous, qui avons ici constamment défendu la décentralisation universitaire, nous ne pouvons qu'applaudir à un semblable effort. Nous avons toujours pensé que Paris, quelque grand qu'il soit, ne peut contenir et absorber toutes les intelligences d'élite, et que celles-ci sont en nombre suffisant pour peupler en France d'autres grands centres universitaires. L'exemple de Lyon est bon à suivre et sera sans doute suivi : c'est du moins à souhaiter.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Congrès français de chirurgie. — La séance d'inauguration de la troisième session aura lieu le lundi 12 mars, à 2 heures après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Les autres séances se tiendront dans le même local le matin à 9 heures 1/2, l'après-midi à 3 heures.

— M. le préfet de police a rendu une ordonnance concernant l'interdiction de l'emploi des filles mineures dans les débits de boissons de toutes sortes. Elle dispose qu'aucune fille mineure ne pourra être employée, à un titre quelconque, dans les cafés, cabarets, brasseries ou autres débits de boissons. Les contraventions

à cette prescription seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément aux lois. Voilà une première satisfaction donnée à la Commission de l'Académie de médecine qui s'occupe de la prophylaxie publique de la syphilis.

— Samedi prochain, 10 mars, à 4 h., doit avoir lieu à l'Assistance publique la distribution des prix et accessits aux élèves lauréats (internes et externes) des derniers concours, en présence de MM. les présidents des jurys.

—On annonce le départ pour l'Egypte du professeur Virchow, qui, en compagnie du célèbre voyageur Schliemann, va entreprendre une exploration *archéologique* du pays des Pharaons, d'où ils ne reviendront qu'au mois de mai.

— Le journal quotidien de médecine de Rome, LA RIFORMA MEDICA, nous apprend que la Société italienne de chirurgie, qui s'était réunie en 1887 à Gênes, va tenir son prochain congrès à Naples. L'ouverture se fera le 26 mars.

ÉPIDÉMIES. — Quimper, 2 mars. — Une épidémie de variole sévit depuis quelques temps, et avec une certaine intensité sur plusieurs points du Finistère et notamment à Brest et à Douarnenez, où elle a été importée par des marins pêcheurs venus de Brest.

Dans cette dernière localité il y a eu 128 décès varioleux du 18 novembre au 23 février, sur une population de 10,985 habitants; à Brest, 248 décès du mois d'août à la fin de janvier.

Nos populations rurales sont malheureusement très réfractaires aux règles les plus élémentaires et les plus essentielles de l'hygiène préventive à appliquer en pareil cas.

—Le paquebot l'*Amérique*, retour de Colon, Venezuela et Antilles françaises, arrivé à Saint-Nazaire, a rapporté des nouvelles sanitaires assez graves relativement à l'épidémie variolique qui sévit à la Martinique et qui va en augmentant.

Dès le début de cette épidémie, la direction du service sanitaire, d'accord avec le gouverneur et les autorités, isolait de son mieux tous les cas, au fur et à mesure qu'ils se présentaient; mais la presse locale et le Conseil général ont si violemment attaqué cette mesure, attentatoire, disaient-ils, à la liberté des citoyens, que le médecin de la marine, directeur de la Santé, a donné sa démission et que le gouverneur n'a pas osé continuer l'isolement commencé, en déclinant toutes les responsabilités.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que, dans ces conditions, la variole s'étende de plus en plus dans l'intérieur de l'île. Elle sévit surtout sur les noirs, qui se trouvent dans des conditions hygiéniques déplorables.

A l'aller du paquebot l'*Amérique*, le nombre des cas observés à Saint-Pierre de la Martinique était seulement de 30 à 40. Au retour du paquebot, il s'était déjà élevé à 300.

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les actionnaires de la GAZETTE MÉDICALE *sont informés que l'Assemblée générale annuelle se réunira au siège social, 53, avenue Montaigne, le jeudi 29 mars, à 5 heures précises. Aux termes des statuts, le présent avis tient lieu de convocation.*

* * *

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Combal, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Montpellier, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, est mort à Montpellier, à l'âge de 72 ans, des suites d'une douloureuse maladie. Notre regretté confrère s'était acquis une très grande réputation dans les régions du Centre et du Midi. Il laisse le souvenir d'un homme de grande valeur et d'une honorabilité exemplaire.

— Le directeur de la Clinique médicale de Leipzig, Ernest Wagner, vient de mourir à l'âge de 60 ans. A la mort de Wunderlich, il échangea sa chaire de Pathologie générale et d'Anatomie pathologique contre celle devenue vacante de Pathologie spéciale et de Thérapeutique. En même temps, il devint médecin en chef de l'hôpital de Leipzig. E. Wagner a rédigé le recueil ARCHIV DER HEILKUNDE de 1860 à 1878. Son principal ouvrage est celui qu'il a publié en collaboration avec Uhle : *Handbuch der Allgemeinen Pathologie*.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—M. le docteur Straus, agrégé, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée.

— Un congé, du 1er mars au 31 octobre 1888, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Tarnier, professeur d'accouchements.

— M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1888, d'un cours d'accouchements.

— Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le samedi 17 mars 1888 et se continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine de 1 h. à 3 h. de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de seconde année. (Les étudiants pour l'officiat ne sont pas soumis à ces travaux.)

MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Benet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par Iradé de S. M. I. le Sultan, M. le docteur Zambaco est élevé au grade de *mirimiram*, qui donne à l'éminent praticien le titre de Pacha et d'Excellence.

— M. le docteur Drouineau (de la Rochelle) est nommé inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (service des établissements de bienfaisance), en remplacement de M. Foville, décédé.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef.— MM. Le Roy de Méricourt et Richaud.

Au grade de médecin de 2e classe. — M. Macé.

MALADIES DE L'ESTOMAC. — *Hôpital de la Pitié.*—M. le docteur V. Audhoui reprendra ses *conférences cliniques sur les maladies de l'estomac* le mardi 13 mars à dix heures, et les continuera les mardis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre no 3. Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Mouchet. Endométrite. — M. Plancbard. Anémie pernicieuse. — M. Vivien. Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de l'épaule. — M. Engelbach. Tumeurs de la prostate. — M. Nourric. Névralgie brachiale double. — M. Rendon. Fièvres de surmenage. — M. Perchet. De l'arthrite blennorrhagique (Etiologie et pathogénie). — M. Blanc. Du traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre. — M. Leriche. Contribution à l'étude des ané-

vrysmes artério-veineux des vaisseaux poplités. — M. Macovey. Contribution à l'étude des principales sources d'eaux minérales de Roumanie. — M. Dinitch. Le képhir ou champagne lacté du Caucase.

M. Raymond. L'urticaire pigmentée. — M. Belin. Adénopathies externes. — M. Budor Oblitérations des artères cardiaques. — M. Lahaye. Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. — M. Lin-Abdel-Kader. Etude sur les différents traitements de la kératite à hypopyon.

M. Secheyron. De l'hystérectomie vaginale. — M. Kaddour. Des pneumonies dans les opérations d'extirpation du sein. — M. de Gimard. Purpura hémorrhagique. — M. Baisle. De la guérison de pseudo-paralysie syphilitique. — M. Gaillen. Du carcinome latent de l'estomac et du carcinome à forme fruste. Etude clinique et chimique.

M. Gérard. Des injections vaginales chaudes prolongées dans le traitement des péritonites chroniques. — M. Meyville. Traitement de certaines hernies dites irréductibles. — M. Le Roy de Langevinière. Des températures morbides de l'estomac et de leur interprétation clinique. — M. Plessard. Contribution à l'étude de l'hémianesthésie saturnine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 26 février au samedi 3 mars 1888

Fièvre typhoïde 13. — Variole 6. — Rougeole 17. — Scarlatine 5. — Coqueluche 10. — Diphtérie, croup, 48. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 231. — Autres tuberculoses 20. — Tumeurs : Cancéreuses 52. — Autres 9. — Méningite 38. — Congestion et hémorr. cérébrales 46. — Paralysie 7. — Ramollissement cérébral 10. — Maladies organiques du cœur 81. — Bronchite aiguë 47. — Bronchite chronique 61. — Broncho-pneumonie 43. — Pneumonie 74. — Gastro-entérite : Sein 27. — Biberon 34. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 35. — Sénilité 40. — Suicides 8. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de mort 204. — Causes inconnues 11. — Total de la semaine : 1200 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, par le docteur François Franck, précédées d'une préface du professeur Charcot. Un volume grand in-8o de 570 pages, avec 83 figures. — Prix : 12 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude clinique de l'albuminurie diphthéritique et de sa valeur séméiologique, par le docteur Henry Barbier, ancien interne, lauréat des hôpitaux. — Paris, G. Steinheil, 1888.

Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par J. Béchamp, professeur d'analyse chimique et de toxicologie à la Faculté libre de médecine de Lille. Un vol. in-8o de 258 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 11 17 MARS 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**
Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE MÉDICALE

LE VERTIGE PARALYSANT, par M. le docteur GERLIER (de Ferney).

Suite et fin. — Voir le numéro 9.

Intermission.—Si rien ne peut faire soupçonner l'existence du vertige paralysant dans l'intervalle des accès légers, il n'en est pas ainsi dans les formes graves. Or, le campagnard ne consulte pas le médecin pour des vétilles ; il ne s'adresse à lui que s'il est incapable de travailler. Sur les 9 malades dont j'ai résumé l'histoire, 4 seulement se sont adressés à moi, et chez tous les quatre la maladie était reconnaissable à ses seuls signes objectifs, malgré l'intermission.

Le malade gravement atteint conserve une attitude spéciale : sa tête penche en avant et ses paupières lourdes sont incomplètement ouvertes. Non seulement un ptosis faible subsiste, mais encore quelque chose de la chute de la tête. Malheureusement ce dernier signe n'est appréciable que pour le médecin qui connaît le malade et son port habituel. La démarche est mal assurée, le mouvement des jambes manque de précision et d'élasticité, comme chez les vieillards ou les ivrognes. Si l'on fait étendre le bras, on constate un tremblement de la main et l'on saisit pendant la conversation cette incertitude des lèvres de l'adynamie typhoïde que Beau appelait : le mouvement de lapin.

Mais le meilleur moyen de vérifier le trouble musculaire est de faire écrire le malade. Il ne le peut pas toujours (j'ai vu un adjoint au maire incapable de donner une signature à des gendarmes en tournée), mais il le peut dans la majorité des cas et fournit alors une pièce caractéristique. Je conserve chez moi comme une curiosité la signature d'un malade. On dirait celle d'un paralytique général au début de sa maladie.

Les troubles oculaires ne laissent d'autres traces derrière eux que le ptosis. Encore cette chute de la paupière ne survit-elle à l'accès que dans les cas de quelque intensité. Par contre, il est souvent facile de la provoquer, ainsi que l'obnubilation dans les intervalles des accès. Nous en indiquerons les moyens au chapitre suivant, en traitant les causes de l'accès ; pour le moment, nous n'en citerons qu'un seul : l'expérience de la lecture.

Lorsqu'on soumet le patient à cet exercice, on observe les faits suivants : le muscle frontal plissant le front cherche à suppléer à la faiblesse du releveur de la paupière; malgré cela, le ptosis s'exagère, puis, au bout de quelques minutes, le malade s'arrête, déclarant que la vision distincte a cessé pour lui.

Là se bornent les signes fournis par l'examen de l'œil.

L'ophtalmoscopie, la mesure de l'acuité de la vue et celle de l'étendue du champ visuel, n'ont donné jusqu'à ce jour que des résultats négatifs.

FEUILLETON

ELOGE DE M. BOUILLAUD, par M. BERGERON, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lu dans la séance du 13 décembre 1887.

Suite et fin. — Voir les numéros 53 (1887), 1, 5, 6, 8, 9 et 10.

La médecine humaine n'est pas encore en possession de ce secret; mais les remarquables résultats qu'ont déjà donnés les inoculations préventives chez les animaux permettent d'entrevoir, dans l'avenir, leur application à certaines maladies de l'homme, et si les espérances qu'autorise à concevoir, à cet égard, la méthode appliquée à la prophylaxie de la rage, si ces espérances, dis-je, se réalisent, notre siècle pourra proclamer, et les siècles futurs répéteront, que M. Pasteur a été un des grands bienfaiteurs de l'humanité, et un pareil titre vaut bien une apothéose.

Mais si mes paroles ont bien traduit ma pensée, si j'ai bien fait comprendre toute la portée des découvertes de M. Bouillaud, personne ne pourra contester qu'en révélant, pour la plus grande gloire de la médecine française, des vérités scientifiques dont les bienfaits ont déjà reçu la consécration du temps et se perpétueront dans l'avenir, sans être discutés ni amoindris, personne, dis-je, ne pourra contester que M. Bouillaud, lui aussi, a sa place marquée parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Malgré les fatigues d'une vie si laborieusement remplie, malgré les cruelles épreuves auxquelles l'avaient condamné la mort de M. Avond, son gendre, celle de Mme Bouillaud, et à une époque bien plus récente, celle du jeune Avond, l'un des deux petits-fils qui étaient devenus, par leurs brillants succès, l'orgueil de sa vieillesse, M. Bouillaud, grâce à son énergique nature et grâce aussi à la régularité de sa vie, avait atteint un âge très avancé, sans que ses forces parussent diminuées, et surtout sans que son activité se fût un moment ralentie. Quelque bonheur qu'il éprouvât à se retrouver, chaque année, dans le magnifique domaine qu'il avait pris tant de plaisir à embellir, il ne pouvait se résigner à y passer complètement le temps des vacances, et, comme s'il eût voulu réparer le temps perdu pour les longs voyages, pendant sa vie militante, il se mettait en route avec une ardeur toute juvénile, pour entre-

La douleur spinale et les irradiations, phénomènes purement subjectifs, sont incapables de fournir des renseignements certains. Comme ils ne s'accompagnent d'aucune douleur à la pression, et diffèrent totalement de la rachialgie, ils échappent à l'appréciation du médecin pendant l'accès, et à plus forte raison dans ses intervalles.

CAUSES DE L'ACCÈS. — *Causes efficientes*. — C'est un fait acquis que trois causes différentes peuvent rappeler l'accès : 1° Le mouvement; 2° la position de la tête; 3° l'excitation de la rétine :

1° Le mouvement le plus favorable est celui qui entraîne la contraction régulière et continue d'un même groupe musculaire. Telles sont la marche, l'action de traire, dont nos observations fournissent des exemples;

2° La position baissée. Nous avons vu un malade incapable de ramasser des pois et demandant de lui-même à changer de travail. Les faits du même genre sont dès longtemps connus. L'influence de la position est-elle le résultat d'une congestion cérébrale passagère, ou seulement d'une contraction plus intense des extenseurs de la tête? Cette dernière explication me semble d'autant plus vraisemblable que l'accès de vertige est dans les cas ordinaires un phénomène réflexe et non un phénomène congestif. Il me semble d'ailleurs que la tête élevée favorise aussi bien l'accès que la tête baissée, ce qui prouverait que l'effort musculaire de la nuque est seul en cause;

3° L'influence de la vue est plus manifeste encore dans le vertige paralysant que dans le vertige stomacal. Nos observations fourmillent de preuves. Dès qu'une lumière éblouit le malade, que ce soit le soleil à l'horizon, ou une lampe électrique, l'accès éclate. L'œil ne peut fixer d'une façon soutenue le feu, une lumière, un objet brillant.

Il est plus singulier encore que le regard ne puisse plus mesurer l'espace, parcourir une vaste plaine, envisager un point éloigné, sans produire le trouble de la vue et le ptosis. Phénomène purement physique, qui ne s'accompagne ni de terreur ni d'angoisse et n'est pas l'agoraphobie.

J'ai raconté que deux malades, se rendant en char-à-bancs au Tir fédéral de Genève, furent frappés d'accès dans la matinée, avant leur arrivée en ville. Le vertigineux ne peut supporter, en effet, de voir défiler des objets devant ses yeux.

Ainsi s'explique le récit de la TRIBUNE DE GENÈVE, qui, sous le titre de *Maladie étrange*, rapporte dans son numéro du 17 mars le fait d'un homme des environs de Versoix, qui ne pouvait voir passer un train sans chanceler sur les jambes comme un homme ivre. J'avais déjà signalé l'influence semblable du passage des voitures et des gens dans les rues de la ville, et le cours de l'eau sous les ponts. Que le malade se meuve, ou que les objets qu'il regarde soient en mouvement, le résultat est identique.

Ce sont des causes complexes qui déterminaient, cette année, des accès sur la plaine de Plainpalais, pendant le Tir.

Le mouvement de la foule devant les yeux se combinait à la vue de l'espace et à l'action du vin blanc, pour produire l'attaque complète. On savait déjà que le paysan atteint du vertige paralysant ne pouvait plus aborder un champ de foire sans être soupçonné d'ivresse.

J'ai souvent recours à un mélange de causes diverses pour arriver au diagnostic de la maladie dans l'intermission. Je provoque artificiellement l'obnubilation et le ptosis en faisant regarder le soleil au malade. Dans ce cas, la vue de l'espace, celle d'un objet brillant et la contraction musculaire de la nuque, concourent au même résultat.

Causes prédisposantes. — Ces causes efficientes de l'accès n'agissent toutefois que si elles se produisent en temps opportun. Si le malade se lève après un repos réparateur, on aura beau le soumettre à l'action d'une lumière vive, d'un mouvement uniformément répété, de la position penchée, l'accès ne se produira pas. Un homme atteint au troisième degré pourra seul ressentir un accès à son lever, avant toute fatigue musculaire. C'est pour cela que toutes nos observations indiquent le véritable moment de la crise entre deux et cinq heures du soir, alors que la vigueur est en partie épuisée. Nous avons cité, il est vrai, une femme qui, bien que légèrement frappée, accusait ses accès dans la matinée. Mais cette femme se levait avant jour pour traire ses vaches et vaquer ensuite à d'autres occupations. Elle avait déjà supporté six heures de travail quand elle était frappée. La première des causes prédisposantes est la *fatigue* ou le *surmenage*.

La lumière du jour a une influence évidente : la crise cesse à la nuit tombante. Deux malades qui, au Tir fédéral, ne

---

prendre résolûment, soit à pied, soit à cheval, en Italie ou en Suisse, toujours accompagné de l'une de ses filles, des excursions que bien des hommes plus jeunes que lui auraient hésité à entreprendre.

Quelques semaines avant sa mort, il avait exprimé le désir d'aller à Montreux, se proposant en outre de passer l'hiver dans le Midi de la France; mais, à ce moment, il y avait dans toute sa personne des signes d'un affaiblissement physique dont il ne se rendait pas compte, ou qu'il voulait cacher à son entourage et que ses filles qui l'adoraient se refusaient à reconnaître, mais qui ne pouvaient échapper à la sollicitude éclairée du docteur Auburtin, son gendre. Celui-ci fit entendre à ses belles-sœurs qu'un nouveau voyage pouvait avoir, pour leur père, des inconvénients sérieux.

Néanmoins, M. Bouillaud partit pour Montreux, et aucun incident fâcheux ne survint pendant la première partie du voyage; mais, au retour, des accidents d'une gravité extrême succédèrent tout à coup à quelques troubles passagers des fonctions de la vessie.

A partir de ce moment, M. Bouillaud voulut rester seul et refusa énergiquement de recevoir des soins qui, peut-être, auraient pu encore prolonger sa vie; il semble qu'il ait voulu soutenir, sans témoins, la lutte suprême contre la maladie et la mort.

C'est alors que, pressentant sa fin prochaine, il fit venir à son chevet, après en avoir éloigné tous les siens, le jeune Auburtin, son dernier petit-fils, et lui dit avec une émotion contenue qu'il le bénissait, parce qu'il sentait bien qu'il ne pourrait assister à son mariage, quelque prochain qu'il fût; mais que du séjour où son âme allait se rendre, il suivrait, avec la même tendresse, sa vie dont les débuts lui avaient donné tant de joies et fait concevoir de si brillantes espérances pour son avenir.

En parlant ainsi, M. Bouillaud attestait une fois de plus sa croyance à l'immortalité de l'âme, qu'il avait d'ailleurs proclamée en plus d'une circonstance solennelle et notamment, lorsqu'au nom de l'Académie, il avait pris la parole aux obsèques de M. Roche et à celles de M. Andral.

Le 29 octobre 1881, deux jours après ses adieux à son petit-fils, il mourut subitement dans une syncope, en quittant son lit, comme

peuvent plus quitter la cantine, recouvrent le soir la liberté de leurs mouvements et assistent aux illuminations et au feu d'artifice. C'est là une règle générale. Cependant, j'ai été trop loin en déclarant que le vertige paralysant est une maladie diurne. La lecture faite le soir, à la lumière artificielle, ramène facilement l'obnubilation, et le mouvement de la voiture a, chez un malade, déterminé de nouveaux accès entre minuit et une heure du matin.

Les causes prédisposantes comprennent encore toutes celles qui produisent la dépression du système nerveux moteur. A la fatigue, il faut ajouter la veille, l'insomnie, les excès vénériens, les sueurs profuses, enfin l'abus du tabac et des boissons alcooliques. Ces deux dernières causes méritent seules une mention spéciale.

Il est remarquable que les malades qui sont les plus gravement atteints, ceux qui sont forcés d'interrompre le travail, sont généralement des fumeurs ou des chiqueurs excessifs. Je n'ai pas toujours noté le fait dans mes observations hâtives, écourtées, où les circonstances commémoratives font souvent défaut : mais il m'est bien connu. L'intoxication par la nicotine agit probablement dans le même sens que le vertige et contribue à diminuer le pouvoir excito-moteur du système nerveux.

L'action des boissons alcooliques est un fait avéré des malades eux-mêmes. J'ai vu un absintheur se priver pendant trois mois de sa liqueur favorite, parce qu'il savait ce qu'il lui en coûtait. Il reprit sa revanche en hiver ! Les propriétaires de Collex avaient remarqué en 1886 que les accès se manifestaient plus particulièrement le lundi.

Un malade, après des excès de boisson un certain dimanche, dut entrer à l'hôpital cantonal.

L'empoisonnement alcoolique a des analogies frappantes avec le vertige paralysant. Lui aussi détermine la parésie de la langue, la parésie des membres inférieurs, le tremblement des mains et des lèvres, la diplopie et les étincelles. Il n'est donc pas étonnant que l'alcool ouvre la voie à la maladie.

Succession des accès. — La nécessité d'une prédisposition préalable pour que la cause déterminante agisse, a une conséquence naturelle. Les accès se présentent en général par séries. Le premier signal donné, ils se succèdent sans interruption pour la moindre cause, si le malade n'y coupe court par le repos. La maladie revêt donc la forme de crises composées de plusieurs accès. L'accès ne dure que une à deux minutes ; la crise dure souvent plusieurs heures. Une fois l'ébranlement du système nerveux produit, le calme ne renaît qu'après un certain temps. Toutes nos observations démontrent la succession habituelle des accès, et l'analyse de l'accès en lui-même ne doit pas faire perdre de vue l'aspect général de la maladie.

NATURE DE LA MALADIE. — On ne peut confondre avec un empoisonnement par les ingesta, une affection chronique qui dure de un à quatre mois, ne s'accompagne ni de nausées, ni de vomissements, ni d'aucun trouble digestif ou circulatoire ; une affection enfin qui, dans une exploitation rurale où tout le monde est soumis au même régime, ne frappe que quelques personnes à l'exclusion des autres, et toujours successivement.

Il est toutefois des intoxications chroniques du système nerveux, décrites sous le nom d'encéphalopathies, susceptibles de prêter à la confusion. Mais une encéphalopathie intermittente, saisonnière, guérissant spontanément en hiver, suspendue par le déplacement, une maladie diurne plutôt que nocturne, dont les symptômes éclatent sous l'influence d'une impression rétinienne ou d'une fatigue musculaire, ne peut être que le résultat d'une intoxication miasmatique.

Le vertige paralysant est une névrose infectieuse.

Mais quel est l'origine de ce miasme ? De nombreux indices nous mettent sur la voie. Cette maladie ne règne qu'à la campagne et ne sévit que sur les campagnards. Les épidémies de maison, limitées comme celle du château d'Ornex, au personnel d'une exploitation, prouvent à l'évidence que là est le foyer d'origine. Les domestiques, les journaliers et les petits cultivateurs sont seuls frappés. Le berger est toujours la première victime de la maladie et, dans la saison froide, il en est même la seule victime. Les femmes, les gros propriétaires, qui n'ont pas de rapports avec l'étable, sont exempts de la maladie. Tout fait donc présumer que le miasme est stabulaire.

J'ai raconté l'histoire d'une étable de Colovrex, où, dans l'espace de six mois, quatre bergers sur cinq furent successivement frappés du vertige paralysant. Deux d'entre eux

---

s'il eût voulu mourir debout, faisant face à la mort dont il avait si souvent détourné les coups destinés à ses clients.

En annonçant à l'Académie la perte cruelle et irréparable qu'elle venait de faire dans la personne de M. Bouillaud, notre honorable collègue, M. Legouest, alors Président, l'informa que, conformément à la volonté formelle de l'illustre défunt, aucun discours ne serait prononcé à ses obsèques.

Cette volonté a été respectée, mais l'immense cortège de collègues, de confrères et d'élèves, qui accompagnèrent avec recueillement le maître jusqu'à sa tombe, avait son éloquence et disait quel vide sa mort laissait dans la science, quels regrets elle laissait dans les cœurs.

M. Bouillaud avait pu refuser, par modestie, les hommages suprêmes auxquels il avait tant de droits, mais il ne pouvait empêcher ses admirateurs de lui élever, au centre de la province qu'il a illustrée, un monument dont la vue perpétuera de génération en génération, parmi ses concitoyens, la tradition de sa gloire.

Il ne pouvait non plus défendre à l'Académie d'inscrire son nom et d'écrire sa vie sur ce qu'on peut appeler notre livre d'or, pour le présenter à la jeunesse médicale comme l'un des plus beaux exemples de ce que peuvent donner de grandeur à notre profession le travail et le savoir associés à une incomparable dignité de la vie.

J'estime qu'il y avait là, pour l'Académie, un devoir, plutôt encore qu'un droit, et c'est ce devoir que j'ai tenté d'accomplir aujourd'hui en son nom.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Noury, Stœber, Dignat, Heiz, Pourrat, Figuet, Guillaud.

— Par décret en date du 9 mars, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 1e classe : M. le docteur Audiat, aide-médecin.

— Par décret en date du 9 mars, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal : M. le docteur Poitou-Duplessy, médecin principal de la marine en retraite.

furent pris quinze jours après leur arrivée dans l'étable.

Dans l'épidémie de la ferme d'Ornex, le berger Z..., atteint seul en 1886, est encore un des plus gravement frappés en 1887.

Le cas isolé de Bossy est celui d'un jeune homme qui fait la litière d'une étable et s'y réfugie après dîner pour faire la sieste.

A Villars-Dame, dans la ferme Gay, le garçon qui trait les vaches et un domestique sont seuls atteints; dans la maison Pugin, une seule femme a le vertige paralysant, et cette femme trait les vaches.

Tout concourt donc, encore cette année, à appuyer l'hypothèse de l'origine stabulaire.

Il n'est pas impossible, d'ailleurs, que ce miasme n'existe normalement dans nos étables et ne s'y soit multiplié à outrance, à la faveur de conditions convenables. J'ai toujours pensé que ce n'était pas sans motif que nos anciens Gessiens, au lieu de paver les écuries, y établissaient des planchers inclinés plus coûteux. Certainement, ils avaient moins à craindre l'infection du sol.

L'existence d'un miasme paralysant dans les écuries a été démontré scientifiquement par M. Briegger, de Berlin.

M. Briegger, voulant vérifier l'opinion de Verneuil sur l'origine équine du tétanos, inocula du fumier de cheval et de la bouse de vache sous la peau de quelques cobayes. Ces animaux succombèrent au bout de vingt-quatre heures, non pas avec des accidents tétaniques, mais avec des accidents paralytiques. Il fit encore des cultures de fumier de cheval et de bouses de vaches dans du lait et sur de la viande hachée et constata dans ces cultures une toxine qui tue rapidement les animaux par une sorte de paralysie générale. « Les effets de cette toxine, dit-il, ressemblent à ceux du curare. »

Il se peut donc que le microbe producteur de cette toxine, pullulant un beau jour dans nos étables, ne soit transporté par l'atmosphère dans l'organisme et ne traduise sa présence par le vertige paralysant.

Quoi qu'il en soit de ces explications conjecturales, le principe infectieux agit exclusivement sur le centre moteur. Il n'affecte pas indistinctement toutes les cellules motrices de la moelle ou de l'isthme encéphalique; son action élective est beaucoup plus limitée, il choisit de préférence tel nerf plutôt que tel autre et frappe par exemple le moteur oculaire commun plutôt que le moteur oculaire externe. Il circonscrit même son action d'une façon plus étroite et la réduit à certains filets nerveux d'un même nerf, à ceux qui animent un groupe du muscles tels que les extenseurs de la tête, les extenseurs des doigts, les abaisseurs de la mâchoire, le releveur de la paupière. Cette parésie limitée n'est pas plus extraordinaire que la contracture limitée du tétanos. Les poisons de nos laboratoires offrent des exemples d'une action élective aussi restreinte et il est dans cette affection un fait plus anormal.

Alors même que la cellule nerveuse est sous l'influence du miasme, aucun phénomène apparent ne vient déceler son altération. L'organisme reste silencieux. Si le malade reste immobile dans l'obscurité, la crise n'éclatera pas. Souvent même, dans la matinée, tant que le repos de la nuit prolonge son action bienfaisante, rien ne trahit l'intoxication. Mais que par la fatigue le malade perde le bénéfice de sa situation, il entre dans une période d'équilibre instable où la plus petite cause, la simple sollicitation, un regard, un mouvement de tête, suffisent à provoquer l'accès. Alors les accès se succèdent sans interruption. Ce phénomène est certainement le plus étrange dans toute l'histoire du vertige. On ne peut le comparer que de loin à celui de l'imprégnation alcoolique de la substance nerveuse. Tant que l'ivrogne est en pleine santé, rien n'indique un trouble de ses facultés mentales, l'empoisonnement est latent. Mais survienne une pneumonie, une amygdalite, un panaris; qu'il ait un épistaxis ou qu'il use d'un purgatif trop violent, le *delirium tremens* apparaît avec son cortège de symptômes, parce que l'équilibre a été rompu.

NEUROPATHOLOGIE

De l'atrophie musculaire des tabétiques et de sa nature périphérique, par M. Déjerine.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Obs. II. — *Tabes avec atrophie musculaire à type scapulo-huméral, et atrophie des muscles des cuisses et des jambes évoluant depuis vingt ans. Atrophie portée à un degré extrême. Pas de contractions fibrillaires. Troubles de la contractilité électrique avec réaction de dégénérescence. Ataxie très prononcée. Troubles très marqués de la sensibilité. Atrophie papillaire. Mort. Autopsie. Sclérose postérieure avec atrophie des racines correspondantes. Atrophie musculaire avec stéatose interstitielle légère. Altérations très intenses des nerfs musculaires, diminuant en remontant dans les troncs. Névrites cutanées très marquées. Intégrité des racines antérieures. Intégrité des cellules motrices.*

Le nommé D..., âgé de cinquante ans, à Bicêtre depuis 1885, entre le 25 février 1887 dans mon service à l'infirmerie, salle Laënnec, n° 17. Syphilis à l'âge de vingt-neuf ans. A trente-neuf ans, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, et bientôt après début de l'atrophie dans le membre inférieur gauche. L'atrophie et les symptômes tabétiques continuèrent à progresser peu à peu, et l'atrophie envahit les membres supérieurs. Le malade cependant put continuer tant bien que mal à vaquer à occupations jusqu'en 1883, époque où la faiblesse de la vue, d'une part, l'intensité de l'atrophie et de l'incoordination motrice, d'autre part, le forcèrent à cesser toute espèce de travail et à garder le lit, qu'il n'a pas quitté depuis cette époque.

Etat actuel. Décubitus dorsal, cécité absolue. Facies pâle, anémique. Atrophie très marquée des membres inférieurs, des jambes surtout, avec double équinisme des pieds; l'atrophie est portée à un degré extrême; les thénars de chaque pied sont également atrophiés. Les mouvements du pied et des orteils sont abolis. Les cuisses sont un peu moins atrophiées, et les muscles ont conservé une partie de leur force, mais très peu accentuée. Aux membres supérieurs, l'atrophie affecte très nettement le type scapulo-huméral, et est porté à un degré extrême. Les deltoïdes ont presque complètement disparu, le biceps, le triceps, le brachial antérieur des deux côtés sont réduits à l'état de très minces languettes. Le long supinateur et les radiaux ont disparu des deux côtés. Les avant-bras sont moins atrophiés que les bras. Le thénar est atrophié et la main en griffe cubitale à droite. A gauche, le thénar est peu diminué. Tous les mouvements des membres supérieurs sont abolis, sauf ceux de flexion et d'extension des doigts du côté gauche, qui persistent encore, mais très affaiblis. Aux membres inférieurs, les mouvements des jambes sur les cuisses,

seuls conservés et très affaiblis, sont très incoordonnés (mouvements de pantin). Atrophie des grands pectoraux, des grands dentelés et des grands dorsaux, trapèzes diminués de volume. Troubles très marqués de la sensibilité, au contact, à la douleur, à la température, avec retard dans la transmission et perversion dans la perception. Sens musculaire et notion de position abolis. Abolition des réflexes patellaires et olécraniens. Face intacte comme mobilité, avec troubles de la sensibilité. Intégrité de la langue. Pas de tremblements fibrillaires dans les muscles atrophiés des membres supérieurs. Contractilité galvanique : à 20 M. a. NFC et PFC = O dans les muscles de la région antéro-externe des jambes. A 15 M. a. dans les extenseurs des doigts du coté gauche, NFC donne une contraction plus forte que PFC = ReD. Incontinence d'urine. Douleurs fulgurantes et constrictives dans les quatre membres. Mort le 19 février 1888.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Tous les muscles du corps, ceux de la face excepté (l'orbiculaire des lèvres seul a été examiné et paraît normal), ont été disséqués. Les muscles des deux jambes ont disparu à peu près complètement et sont remplacés par des lamelles jaunâtres. Les thénars des pieds présentent les mêmes lésions. Les muscles des cuisses et du bassin sont atrophiés, mais ont conservé leur coloration rouge. Au tronc, les rhomboïdes, sus et sous-épineux, sous-scapulaires, grands ronds, grands dorsaux, grands dentelés, ont disparu presque complètement, le grand pectoral droit est très atrophié. Les deltoïdes, biceps, coraco-brachial, brachial antérieur, triceps, long supinateur, court supinateur, premier et deuxième radial, rond pronateur, grand palmaire, sont réduits à l'état de lamelles jaunâtres des deux côtés. Les autres muscles, trapèzes, fléchisseurs et extenseurs des doigts, sont atrophiés, mais ont conservé leur coloration. Interosseux intacts.

Moelle épinière. Sclérose postérieure siégeant dans toute la longueur, atrophie très marquée des racines postérieures. Intégrité des racines antérieures.

L'examen histologique montre :

1° Une atrophie de la fibre musculaire, avec multiplication nucléaire, pigmentation excessive dans tous les muscles malades ; 2° après action de l'acide osmique et du picrocarmin, on constate des altérations colossales des nerfs musculaires pris dans le jambier antérieur et l'extenseur commun du côté gauche, le thénar du pied droit, le long supinateur droit, le thénar de la main droite, le biceps brachial gauche.

Chaque préparation est constituée presque exclusivement par des gaines vides ; de temps en temps, on trouve un tube sain, et très exceptionnellement, pour ne pas dire plus, un tube nerveux en voie d'altération. Le nerf tibial antérieur du côté gauche, examiné en entier par la même méthode, présente les mêmes altérations. Les nerfs cutanés de la jambe gauche également. On ne peut mieux définir et la nature et l'intensité de l'altération des nerfs musculaires qu'en disant qu'elle est aussi intense que celle des racines postérieures, examinées par la même méthode.

Racines antérieures. Traitées par le même procédé. Pas trace d'altération sur 230 préparations faites sur les racines des renflements lombaire et cervical. Chaque préparation contenant en moyenne une centaine de tubes, c'est donc plus de 20,000 tubes qui ont été examinés et reconnus sains. La substance grise des cornes antérieures a été examinée à l'état frais, sur des fragments excisés à l'aide de ciseaux courbes, et dissociés par agitation légère dans l'eau. Les cellules motrices sont normales, comme nombre, forme et volume.

OBS. III. — *Atrophie musculaire des membres supérieurs (type Aran-Duchenne) et inférieurs chez un tabétique. Marche très lente de l'affection. Diminution de la contractilité faradique. Troubles marqués de la sensibilité. Ataxie très prononcée. Abolition du réflexe patellaire. Mort par tuberculose pulmonaire. Autopsie. Atrophie simple du faisceau primitif. Névrite très prononcée des nerfs intra-musculaires et des troncs nerveux correspondants. Sclérose postérieure avec atrophie des racines correspondantes. Intégrité des racines antérieures et des cellules motrices.*

Le nommé V..., âgé de trente-quatre ans, typographe, à Bicêtre depuis deux ans, entre dans mon service à l'infirmerie, le 3 janvier 1887, salle Laënnec, lit n° 15, pour une phtisie pulmonaire arrivée à la période cavitaire. Début du tabes à l'âge de vingt-cinq ans par des douleurs fulgurantes dans les jambes. A vingt-six ans, arthropathie aiguë des deux genoux, puis incoordination. Pas de syphilis.

Etat actuel. Phtisique cavitaire, avec état général mauvais. Incoordination motrice très marquée des membres inférieurs, moins prononcée aux membres supérieurs. Ne peut marcher, même soutenu sous les bras. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, avec troubles marqués de la sensibilité. Atrophie musculaire disposée comme suit : aux membres supérieurs, type Aran-Duchenne avec main simienne. Le groupe cubital de chaque avant-bras est très-atrophié. L'impotence fonctionnelle des mains est complète. Aux membres inférieurs, l'atrophie porte sur les muscles des jambes et des cuisses, avec équinisme double. Pas de contractions fibrillaires. Diminution très prononcée de la contractilité faradique. Pas de réflexe patellaire. Mort le 23 janvier.

Autopsie. Atrophie avec stéatose des muscles des régions antérieure, latérale et postérieure des deux jambes, dont les muscles sont réduits à l'état de languettes jaunâtres. Atrophie moins prononcée des muscles des cuisses. Les thénars des deux pieds sont très atrophiés et jaunes. Aux membres supérieurs, les fléchisseurs des avant-bras sont notablement atrophiés et jaunes, les extenseurs sont moins touchés. Les thénars ont disparu des deux cotés. Les interosseux et les lombricaux sont à peu près normaux, ainsi que l'hypothénar.

Moelle épinière. Sclérose postérieure avec atrophie des racines correspondantes, dans toute la hauteur. Les racines antérieures ont leur volume et leur coloration habituels.

Examen histologique. Atrophie simple du faisceau primitif, avec stéatose interstitielle. Les nerfs intra-musculaires des muscles jambier antérieur droit, soléaire gauche, thénar du pied droit, fléchisseur des doigts et thénar de la main gauche, examinés à l'état frais, par dissociation, après action de l'acide osmique et du picrocarmin, présentent des altérations très accusées. Les gaines vides sont très nombreuses sur chaque préparation, aussi nombreuses que les tubes sains. Il n'existe que peu ou pas de tubes en voie d'altération. Sur le tibial antérieur gauche, durci à l'acide osmique et examiné à l'aide de coupes, la moitié environ des fibres à myéline fait défaut ; elles sont remplacées par des gaines vides. Le sciatique poplité externe gauche, examiné de la même manière, est moins altéré ; les fibres à myéline y sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que dans le tibial antérieur. Le tronc de chaque sciatique, examiné par la méthode Weigert, au niveau de l'échancrure, est presque normal.

Racines antérieures. Après dissociation (acide osmique, etc.), on ne constate aucune espèce d'altération, sur 112 préparations faites dans les racines des renflement cervical et lombaire. La moelle épinière a été examinée à l'aide de coupes faites après durcissement dans le liquide de Müller. La sclérose postérieure est très accusée dans toute la hauteur et plus marquée dans les régions inférieures. La substance grise antérieure est intacte. Les cellules motrices sont normales, comme nombre, forme et volume. Les racines antérieures, vues en coupes, sont intactes, et les préparations, après durcissement, donnent les mêmes résultats que l'examen à l'état frais.

(A suivre.)

ANATOMIE COMPARÉE

Nigritie du chien comparée a celle de l'homme, par G. Variot (1).

On peut désigner sous le nom de *nigritie* du chien, les taches brunes ou noires qu'on observe fréquemment sur les muqueuses des lèvres, du palais, de la conjonctive, etc., d'un grand nombre de chiens.

Ces taches, dont la teinte varie du brun chocolat au noir le plus absolu, ont, les unes, un contour extrêment net, qui tranche sur la couleur rosée des muqueuses; les autres s'atténnent graduellement à leur pourtour.

L'étendue et la configuration de ces taches sont extrêmement variables.

Nous avons fait une analyse microscopique précise de quelques-unes de ces taches, et nous relatons dans cette note les résultats obtenus :

1º Nous avons examiné des coupes microscopiques d'un fragment de la lèvre d'un jeune chien griffon.

La coupe intéressait en même la portion pigmentée de la muqueuse et la zone adjacente non pigmentée.

Nous avons remarqué que la substance mélanique, en grains noirs très fins, était répartie dans les rangées profondes du revêtement épithélial de la muqueuse.

Ces rangées épithéliales, dans la zone pigmentée, sont d'une opacité remarquable, au point que les éléments, vus à un fort grossissement, sont à peine distincts.

Dans quelques places, où le pigment est plus rare, on distingue, entre les cellules polyédriques normales et transparentes de l'épithélium, d'autres cellules généralement allongées et pourvues de prolongements très fins et très longs.

Le corps cellulaire, aussi bien que ces prolongements filiformes interposés entre les cellules voisines, est entièrement infiltré de pigment noir.

Ces cellules pigmentaires à prolongements rappellent un peu la forme et la disposition des cellules spéciales décrites par Longhérous, à part le pigment.

Sur aucune des préparations de cette lèvre pigmentée, nous n'avons vu de pigment dans le chorion de la muqueuse, ni dans les papilles. Les rangées épithéliales, les plus superficielles mêmes, en sont dépourvues.

2º Notre examen a porté aussi sur un fragment extrêmement noir de la conjonctive d'un gros chien épagneul.

La topographie du pigment est notablement différente dans ce cas.

(Il s'agit toujours, et les réactions chimiques le prouvent, de pigment mélanique proprement dit.)

Le revêtement épithélial, stratifié dans cette région de la conjonctive, est extrêment pigmenté dans sa totalité.

Les couches de cellules avoisinant les papilles sont d'un noir de charbon; en se rapprochant de la surface, les cellules qui vont s'aplatissant ne cessent pas pour cela d'être pigmentées fortement; mais la mélaïne laisse apparaître le noyau en se massant dans la partie périphérique des éléments.

Enfin, dans plusieurs places, chose capitale, le derme lui-même et les papilles contiennent des cellules pigmentaires plus ou moins nombreuses.

Ces cellules, interposées dans la trame dermique, sont, les unes, irrégulièrement ovoïdes, la plupart allongées et pourvues de prolongements, ce qui les rapproche de la cellule pigmentée de la choroïde.

M. le docteur Rémy nous dit avoir observé des faits du même genre dans le nez du chien, c'est-à-dire une pigmentation à la fois épidermique et dermique.

Il n'est donc pas nécessaire de descendre aux vertébrés inférieurs, batraciens, lacertiens, ophidiens, etc., pour trouver à l'état normal un processus pigmentaire à la fois dermique et épidermique.

Les constatations que nous avons faites sur le chien nous paraissent décisives.

Il convient de rapprocher la répartition à la fois épidermique et dermique du pigment dans la nigritie du chien, de ce que l'on observe exceptionnellement chez l'homme dans les cas de mélanodermie congénitale et de nœvi pigmentaires circonscrits.

Nous avons présenté à la Société de Biologie et publié dans les Archives de physiologie (1887) l'observation clinique et anatomique d'un enfant atteint d'une immense plaque de mélanodermie embrassant tout le tronc.

Il suffit de se reporter aux détails de cette observation pour reconnaître l'homologie entre la nigritie du chien et la nigritie de l'homme, quant à la répartition du pigment.

(1) Note présentée à la Société d'anthropologie dans la séance du 1er mars 1888.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

L'érythrophléine, un nouvel agent d'anesthésie locale.

Suite. — Voir le numéro précédent.

IV. L'érythrophléine, un nouvel anesthésique, par le professeur Kaposi, de Vienne (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1888, nº 9, p. 282). — V. Sur la valeur pratique de l'anesthésie érythrophléinique, par M. P. Guttmann; communication à la Société de médecine de Berlin (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1888, nº 21, p 254). — VI. Note sur le chlorhydrate d'érythrophléine. Nouvel anesthésique local, par le docteur A. Trousseau (*Bulletin médical*, 1888, nº 10, p. 156). — VII. Expériences faites avec l'érythrophléine, par le docteur A. Kœnigstein (*Internationale klin. Rundschau*, 1888, nº 8). — VIII. Sur l'érythrophléine, par le docteur Tweedy (*The Lancet*, 4 février 1888). — IX. Extraction d'un corps étranger de l'œil après une instillation d'érythrophléine. Opacité de la cornée, par le docteur G. Gutmann (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1888, nº 21, p. 254). — X. Action de l'érythrophléine sur l'œil humain, par le docteur A. von Reuss, de Vienne (*Internationale klin. Rundschau*, 1888, nº 8).

IV. Les recherches de M. Kaposi, comme une partie de celles de M. Karewski, dont nous venons de rendre compte, ont trait à la valeur pratique de l'érythrophléine employée comme agent d'anesthésie locale pour les besoins de la chirurgie. Elles ont été faites sur 5 sujets porteurs de lupus, de siège varié : fesses, membres inférieurs, face, avant-bras,

cou. Le nombre des tentatives d'anesthésie s'est élevé à 17. Les résultats obtenus par M. Kaposi sont encore moins encourageants que ceux dont il a déjà été question. Voici le résumé qu'en a donné l'auteur :

L'érythrophléine, administrée par voie sous-cutanée, engendre chez l'homme un certain degré d'anesthésie locale. La dose nécessaire pour que ce résultat fût atteint a oscillé entre 0 gr. 0025 et 0,1-0,2. L'anesthésie ne survenait que quinze minutes après l'injection, mais la sensibilité était émoussée bien avant. Sa durée a varié de une à trois heures. La zone d'anesthésie n'embrassait qu'une très faible étendue autour de la piqûre. Une zone concentrique plus vaste était envahie par de la paresthésie.

L'abolition de la sensibilité tactile n'a presque jamais été complète. Il y avait en réalité analgésie. Mais en même temps les injections d'érythrophléine provoquaient des phénomènes d'irritation locale, même quand la dose d'alcaloïde injectée ne dépassait pas 2 1/2 milligrammes. Ces phénomènes consistaient dans une sensation de brûlure, limitée au siège de l'injection, et dans des douleurs très vives qui s'irradiaient au loin, persistant pendant des heures, voire deux jours consécutifs. La réaction locale se révélait à la vue par de la rougeur, de la tuméfaction, de la chaleur, par l'apparition d'élevures papuleuses.

De plus, 3 *sujets ont présenté des symptômes en rapport avec une intoxication par l'érythrophléine* : vertige, dilatation des pupilles, faiblesse et ralentissement des contractions cardiaques et du pouls, accélération et diminution d'ampleur des mouvements respiratoires, nausées et vomissements chez 2 sujets. Ces phénomènes d'intoxication sont survenus de quinze minutes à une heure après une injection de 2 centigr. d'érythrophléine, et ils ne se sont dissipés qu'au bout de plusieurs heures.

En considération de ces faits, l'auteur dénie toute valeur pratique à l'érythrophléine employée par le chirurgien pour obtenir l'anesthésie locale. Il y aura peut-être lieu de rectifier ce jugement dans la suite, si l'on trouve le moyen d'éliminer les inconvénients signalés plus haut.

V. P. Guttmann s'est borné à étudier la valeur de l'action analgésiante de l'érythrophléine employée pour combattre des douleurs d'origine variée. Il a soumis aux injections d'érythrophléine 11 malades affectés de névralgies ou de douleurs en rapport avec des inflammations chroniques; chez 4 autres, qui souffraient de douleurs causées par des plaies granuleuses, il a eu recours à des badigeonnages d'érythrophléine sur les surfaces douloureuses.

Le titre des solutions employées par M. Guttmann était de 1/1000e et 1/2000e. Les injections sous-cutanées d'érythrophléine ont produit des effets analgésiants très nets, qui se manifestaient au bout de 15 à 30 minutes, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. L'analgésie obtenue dans ces conditions persistait pendant plusieurs heures ; elle n'a pas manqué une seule fois sur 22 expériences qui ont été faites. Quant à la sensation de brûlure, qui apparaissait au siège de la piqûre, presque immédiatement après l'injection, et qui persistait une heure environ, les malades de M. Guttmann l'ont représentée comme un inconvénient très supportable ; deux fois seulement, cette douleur s'est compliquée d'une infiltration locale, très circonscrite et passagère.

Pour ce qui est du résultat des badigeonnages faits sur des plaies granuleuses, l'effet analgésiant n'a été obtenu qu'antant que la quantité d'érythrophléine (chlorhydrate) appliquée sur la plaie en l'espace d'une demi-heure, atteignait 2 milligrammes au moins.

Bref, M. Guttmann se déclare très satisfait des résultats de ses expériences ; même quand les douleurs à combattre sont des plus violentes, elles sont dissipées par une injection de 1 milligramme d'érythrophléine, et à cette dose, il n'y a pas d'inconvénients sérieux à redouter.

Les recherches de M. Guttmann ont été communiquées à la Société de médecine de Berlin ; une discussion a suivi, dont nous aurons à reparler plus loin.

VI. Les travaux dont il nous reste à parler sont exclusivement consacrés à l'étude de l'action analgésiante de l'érythrophléine expérimentée sur l'œil.

Nos lecteurs connaissent déjà par le Journal des Sociétés scientifiques (n° 11, p. 94), les expériences faites par M. Panas, et communiquées à l'Académie de médecine dans l'avant-dernière séance.

Un autre médecin français, M. A. Trousseau, a expérimenté chez l'homme avec trois solutions d'érythrophléine, l'une contenant 3 centigr. de chlorhydrate d'érythrophléine dans 10 gr. d'eau; la seconde et la troisième contenant 6 et 12 centigrammes de principe actif pour la même quantité de véhicules. L'anesthésie de la cornée transparente a été obtenue avec les trois solutions (instillation de 1 à 3 gouttes), au bout de 5 à 10 minutes, pendant une durée qui n'a pu être appréciée d'une façon exacte. Seule, la solution la plus concentrée a provoqué une irritation assez vive pour qu'on dût renoncer à son emploi. M. Trousseau a eu recours à l'anesthésie érytropbléinique dans trois cas de cataracte. L'opération a marché sans douleur et les suites en ont été normales. Par contre, dans une opération de chalazion, il n'a pas constaté la moindre anesthésie, à la suite d'une injection sous-cutanée de un demi-milligramme d'érythrophléine. Voici le parallèle que M. Trousseau établit entre les effets anesthésiants de l'érythrophléine et de la cocaïne :

« L'anesthésie produite par une solution non irritante d'érythrophléine est plus durable, plus longue à se produire, mais moins complète que celle obtenue avec la cocaïne. Jamais l'érythrophléine n'amène ce relâchement des paupières, si favorable aux opérations oculaires, qui existe après les instillations de cocaïne et qui permet d'opérer même les cataractes sans écarteur.

« L'érythrophléine a moins d'action sur la conjonctive que la cocaïne.

« Elle calme moins bien que cette dernière les douleurs oculaires.

« En résumé, rien ne nous fait prévoir que le nouvel anesthésique soit appelé à détrôner son aîné. »

VII. Kœnigstein annonce des résultats déplorables, dont voici une relation substantielle. L'instillation de 2 ou 3 gouttes d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 1/15e-1/20e pour 100, dans un œil sain, chez l'homme, a occasionné de l'hyperémie de la conjonctive, du larmoiement, un peu plus tard, de violentes douleurs. Au bout de 40 minutes, on ne constatait aucune trace d'une anesthésie locale. Par contre, il s'était formé un état trouble de la cornée, particulièrement au centre de cette membrane, avec nuage devant les yeux. Ces

phénomènes, compliqués d'agitation nocturne, ont persisté pendant vingt-quatre heures.

Dans un cas d'érosion de la cornée, M. Kœnigstein instilla dans l'œil une goutte de solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,10 centigr. pour 100; il en résulta une douleur si violente qu'il fallut recourir à une instillation de cocaïne.

Les expériences que l'auteur a faites sur des animaux lui ont également laissé cette conviction : que l'action analgésiante locale de l'érythrophléine s'efface devant les phénomènes réactionnels qu'entraine l'emploi topique de cet alcaloïde. M. Kœnigstein conclut que l'usage de l'érythrophléine n'offre aucun avantage en oculistique.

VIII. Un médecin anglais, M. Tweedy, est arrivé à des conclusions tout aussi décourageantes. Dans les premières expériences qu'il a faites sur des yeux humains, M. Tweedy s'est servi d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,50 pour 100; mais il est résulté des instillations de cette solution de tels inconvénients, qu'il fallut abaisser de moitié, et plus, le titre du liquide. Avec des solutions à 0,25 pour 100, la réaction locale, douleur et hyperémie, a été moins vive, mais de traces d'anesthésie, point. Le reste est à l'avenant, et M. Tweedy ajoute qu'un de ses collègues, le professeur Collin, qui expérimentait l'érythrophléine à l'hôpital des maladies d'yeux de Moorfilde, a obtenu des résultats qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous venons de faire connaître.

IX. Le fait suivant, relaté par M. G. Gutmann à la suite de la communication de M. P. Guttmann, analysée plus haut, mérite d'être pris en sérieuse considération par les oculistes : M. G. Gutmann a eu recours à une instillation de deux gouttes d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,20 pour 100, au moment de procéder à l'extraction d'un corps étranger logé dans l'œil. L'anesthésie locale fut obtenue au bout de quinze minutes et permit de procéder sans difficulté à l'extraction du corps étranger. Le lendemain, en levant le pansement, l'auteur constata l'existence d'une opacité grisâtre de toute la cornée, sans irritation concomitante bien manifeste. On continua les pansements, et en même temps on soumit le malade à des irrigations d'eau tiède. Au huitième jour, on pouvait encore reconnaître l'existence d'une anesthésie au centre de la cornée. L'opacité de cette membrane commença à disparaître à partir du dixième jour, et le retour à l'état normal se fit de la périphérie vers le centre.

X. Les expériences de M. Reuss, de Vienne, et de M. Goldschmidt, ont abouti à des résulats qui entraînent des conclusions un peu moins pessimistes.

Des instillations dans l'œil d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0 gr.05 0/0, dans des cas de trachome léger, ont produit, au bout de trente minutes, un émoussement de la sensibilité de la cornée et de la conjonctive oculaire, mais qui n'allait pas jusqu'à l'anesthésie complète.

Les cautérisations au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent étaient aussi douloureuses du côté où avait eu lieu l'instillation d'érythrophléine que de l'autre. Chez un sujet qui présentait comme traces d'une iritis antécédente, des synéchies postérieures et des dépôts ponctiformes sur la membrane de Descemet, une instillation d'érytrophléine produisit une anesthésie presque complète de la cornée au bout de trente minutes. Mais, huit heures plus tard, l'œil était devenu le siège de douleurs lancinantes, et, le lendemain, il y avait de l'injection ciliaire.

Des instillations faites avec une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,25 0/0 ont occasionné les suites facheuses notées par d'autres expérimentateurs : injection de la conjonctive, opacité de la cornée, larmoiement, et, en outre, sensation de corps étranger se déplaçant dans l'œil pour se fixer vers l'angle interne, rétrécissement de la fente palpébrale. Au bout de quinze minutes, la sensibilité recommençait à s'émousser, mais l'anesthésie obtenue n'a jamais été aussi complète qu'avec la cocaïne. La cautérisation d'une ulcération de la cornée, pratiquée après une instillation préalable de cette même solution, a été très douloureuse.

Les expériences faites par l'auteur, avec une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,125 0/0 ont donné comme résultat : après une première instillation, diminution de la sensibilité au bout de vingt et une minutes; jamais l'anesthésie n'a été complète; — après une seconde instillation, mêmes effets fâcheux qu'à la suite de l'emploi de la solution à 0,25 0/0, mais d'une moindre intensité.

Les instillations d'érythrophléine n'ont jamais entraîné de modifications de l'accomodation et du diamètre pupillaire.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Médecine et médecins militaires de l'armée française en 1888 (1) par le docteur A. Chassagne.

Nos lecteurs connaissent les *Etudes de médecine militaire* publiées ici mêms trimestriellement par l'auteur. Nous n'avons pas les mains absolument libres pour en faire l'éloge et dire leur retentissement sur le nombreux public médico-militaire, comme aussi leur action, qui n'a pas été dit-on absolument inefficace sur certaines réformes bien accueillies : le remplacement à la 7e direction d'un inspecteur dépassé et retardant sur 1888, par un directeur autrement progressiste et de bonne espérance, lui et son entourage; la substitution prochaine à une *aptitude* qu'avait tout le monde et qui s'annulait en qualité par la quantité, d'un concours accessible seulement, comme il est dû, à l'élite et aux travailleurs.

Tout cela pour le plus grand bien du blessé, des familles françaises, du pays, de l'ancien renom, qui oblige, du corps de santé lui-même.

Médecine et médecins militaires de l'armée française en 1888 sont ces mêmes études remaniées, augmentées d'aperçus nouveaux que ne comportait pas toujours notre cadre et précédées d'une préface qui se fera lire jusqu'à la dernière ligne toute seule, sans que nous ayons à en faire la recommandation. Mais ce qui nous plaît et, il faut bien le dire, ce qui plaira le plus au public, c'est, en dehors de la forme, le fond même.

Un fond d'honnêteté sincère.

On sent planer au-dessus des questions de personnes les principes, au-dessus des mesures proposées, un désir ardent de progrès, de lutte contre l'abus, le favoritisme et l'injustice.

(1) Librairie Médicale Octave Doin, 8, place de l'Odéon, franco par la poste (mandats ou timbres), 1 fr. 50.

Comme le dit l'auteur lui-même, et tous ceux qui le connaissent le savent, « une vendetta de toute sa vie ».

Ce n'est pas d'une âme vulgaire et cela suffit à rendre profondément sympathiques. Il y a parmi nos médecins beaucoup de gens d'honneur qui aiment ce championnat; ils recueilleront à la bonne place dans leur bibliothèque ce livre de propagande de haute moralité professionnelle qui, comme nous le lisons dans le premier des 10 chapitres « réunit en corps et en esprit de corps les 6,000 Officiers-Docteurs du cadre actif, de la Réserve et de l'Armée Territoriale par le coude à coude de notions communes et d'éducation commune avant le coude à coude de Guerre. »

R. D.

BULLETIN

Le Congrès français de chirurgie. — Démonstration expérimentale de l'influence dégénératrice de l'alcool sur la descendance. — La question de la prophylaxie de la syphilis a l'Académie de médecine et a la Société de médecine pratique. — L'antipyrine dans les accouchements. — Rapports des névrites périphériques avec le tétanos traumatique.—La rage humaine dans le département de la Seine en 1887.—La question du tout a l'égout devant le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

L'ouverture de la troisième session du Congrès français de chirurgie a été le principal évènement de la semaine. Lundi dernier, le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, richement décoré et présentant un aspect de fête inaccoutumé, réunissait, sous la présidence de M. Verneuil, l'élite des chirurgiens français, auxquels étaient venus se joindre plusieurs chirurgiens des pays voisins, MM. Godwin (de Londres), Socin (de Bâle), Thiriar (de Bruxelles), etc.

Dans une allocution vivement applaudie, M. Verneuil, après avoir souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, a défendu l'Ecole française contre le reproche de M. Billroth « de suivre d'un pas boiteux les immenses progrès des chirurgies allemande et anglaise », reproche que nous avons relevé ici-même quand il s'est produit. M. Verneuil a eu peu de peine à montrer que, si elle est essentiellement conservatrice, la chirurgie française, quand l'indication est nettement posée, n'est pas moins hardie que celle d'outre-Manche ou d'outre-Rhin. C'est elle qui a eu l'initiative de bon nombre d'opérations qui portent le nom d'auteurs étrangers et, parmi celles qui nous viennent du dehors, il n'en est aucune que les chirurgiens français n'abordent, quand les avantages leur en sont démontrés et ne pratiquent avec autant de succès que dans n'importe quel pays. Seulement, pour eux, la médecine opératoire ne constitue pas toute la chirurgie; l'opération n'est pas la *prima*, mais l'*ultima ratio*, et, dans leur thérapeutique, ils préfèrent toujours les *acta minoris periculi*. En un mot, l'intérêt bien compris des malades prime toute autre considération.

M. Verneuil signale, non sans raison, une injustice flagrante dans nos rapports internationaux, injustice d'ailleurs dont nous sommes un peu nous-mêmes les propres artisans. « Qu'un Français, dit-il, passe la frontière, il se croit obligé de trouver superbe tout ce qu'on lui montre, de le dire tout haut et de l'écrire au besoin. Il croirait discourtois de signaler ce qu'il voit de défectueux, et de mauvais goût de réclamer pour les choses qu'on nous a empruntées et que nous faisons mieux. *In petto*, il sait bien ce qui est mauvais et ce qu'il faut blâmer, mais il se tait.

« Or, des étrangers qui viennent chez nous, lisent nos livres et connaissent nos idées, puisqu'ils les mettent à profit, combien peu nous citent en dehors de ceux que nous savons nos amis et qui s'intéressent ouvertement aux progrès de notre science, et que la louange sort difficilement de leur bouche ou de leur plume! N'imitons pas les oublieux et les injustes; restons équitables quand même, mais soutenons nos droits et revendiquons hardiment notre part. »

L'orateur se félicite, en terminant, de ce qu'il appelle la *démocratisation* de la chirurgie. Il y a quarante ans, la province comptait à peine une douzaine de chirurgiens en renom; aujourd'hui, non seulement dans les grands centres, mais dans les villes de deuxième et de troisième ordre et jusque dans les campagnes, où des déplacements onéreux seraient impossibles, les malades sont certains de trouver des secours chirurgicaux intelligents et efficaces.

Le Congrès de chirurgie contribuera puissamment à accentuer cette démocratisation qui, pour emprunter les expressions de M. Verneuil, « est si conforme à l'esprit humanitaire et désintéressé de notre race, et sans abaisser les grands, élève les moyens et les petits ».

Après le discours du Président et le rapport du secrétaire général, M. Pozzi, sur la situation financière de l'Association, le Congrès a commencé immédiatement ses travaux, dont nos lecteurs trouveront le Compte-rendu dans le Journal des Sociétés scientifiques.

— L'influence dégénératrice de l'alcool sur la descendance ne fait aucun doute en pathologie humaine; il n'est pas sans intérêt, cependant, qu'elle reçoive une démonstration expérimentale en pathologie comparée; c'est à cette démonstration que MM. Mairet et Combemale ont consacré des recherches dont ils viennent de communiquer les premiers résultats à l'Académie des sciences. Leurs expériences ont porté sur la race canine et ont montré que l'action dégénératrice de l'intoxication alcoolique, aiguë ou chronique, porte non-seulement sur la première génération, mais qu'elle peut être plus considérable encore sur la seconde.

— La solution qui, à l'Académie de médecine, semble devoir mettre fin au débat sur la prophylaxie de la syphilis, est l'adoption de la proposition de M. Brouardel relative à l'institution d'une loi sanitaire, laissant à l'administration le soin de surveiller la prostitution, mais donnant à la fille inscrite d'office le droit d'en appeler devant l'autorité judiciaire. L'Académie, en émettant un semblable vœu, sort évidemment du terrain exclusivement hygiénique; mais, d'après M. Théophile Roussel, qui a rappelé plusieurs précédents où elle a concouru utilement à la confection de certaines lois (modification de la loi de 1838 sur les aliénés, protection des enfants du premier âge, etc.), l'Académie ne doit pas craindre de faire connaître au législateur et à l'administration les mesures qu'elle croit bonnes pour protéger la santé publique. Notre confrère insiste plus particulièrement sur celles qui auront pour but et pour effet de soustraire au vagabondage et à la prostitution les filles mineures au-dessus de 16 ans, celles précisément qui contribuent le plus à la propagation de la syphilis.

La nécessité d'une règlementation de la prostitution, qui semble rallier la plupart des opinions à l'Académie de médecine, ne s'impose pas également à tous les esprits. Cette règlementation, qui ne s'applique qu'aux femmes, paraît à quelques-uns injuste et inefficace : injuste parce qu'elle n'atteint pas les hommes; inefficace parce que ceux-ci, en supposant même que toutes les prostituées syphilitiques soient recueillies dans des hôpitaux ou des asiles, ne tarderont pas à propager de nouveau la maladie. Ce sont des considérations de ce genre qui ont fait émettre à la SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE le vœu :

« 1° De créer des dispensaires multiples de salubrité publique pour les maladies vénériennes et de faciliter aux nécessiteux les moyens de traitement. Dans ces dispensaires, on pourrait délivrer aux femmes, sur leur demande, des cartes attestant l'état de leur santé au jour de la visite ;

« 2° De faire rentrer les prostituées dans le droit commun en supprimant l'emprisonnement arbitraire et les visites obligatoires ;

« 3° Enfin de maintenir la liberté de chacun sur la voie publique par les moyens légaux. »

De ce qu'on ne peut empêcher entièrement un mal, ce n'est pas une raison pour qu'on ne cherche pas à l'atténuer. Or, il est certain que la liberté de la prostitution ouvre à la propagation de la syphilis une voie plus large qu'une règlementation bien comprise et fidèlement appliquée. La solution prévue de l'Académie nous semble donc préférable à celle de la Société de médecine pratique.

— Signalons, en passant, la communication de M. Queirel à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE sur l'emploi de l'antipyrine comme analgésique dans l'accouchement. Les heureux résultats obtenus par notre honorable confrère méritent de fixer l'attention des praticiens.

— MM. Pitres et Vaillard, dans un travail communiqué à la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, viennent, indirectement du moins, de fournir un nouvel appoint à l'étiologie infectieuse du tétanos. Sur trois sujets, morts de tétanos traumatique, ils ont examiné les nerfs partant de la plaie, et ils les ont trouvés, deux fois sur trois, indemnes de toute altération. Cette inconstance dans les lésions des nerfs infirme la théorie qui attribue aux névrites périphériques un rôle pathogénique capital dans le tétanos. M. Brown-Séquard ne se rend pas encore complètement, car il a vu le tétanos guérir par la section d'un nerf; dans ce cas, il faut bien admettre que l'irritation de ce nerf entrait pour une part importante dans le développement de la maladie. L'absence de lésions ne prouve rien à l'encontre de cette interprétation ; ce qu'il faudrait démontrer, suivant lui, c'est l'absence de troubles nerveux purement dynamiques. Quoi qu'il en soit de ces faits, il faut bien reconnaître que la théorie névritique du tétanos traumatique perd chaque jour du terrain

— Du tétanos passons à la rage. Il résulte d'un rapport de M. Dujardin-Beaumetz au Préfet de police, au nom du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, que cette dernière maladie a fait 9 victimes en 1887 à Paris et dans les communes suburbaines du département de la Seine. C'est à peu près la moyenne des huit dernières années. Il y a toutefois six décès de plus qu'en 1886. Sur ces 9 cas de rage, 5 concernent des enfants au-dessous de 15 ans. Le Conseil d'hygiène a déjà signalé à l'administration cette fréquence de la rage chez les enfants et indiqué les mesures à prendre pour la prévenir.

Sur les 9 cas qui précèdent, la durée de l'incubation a varié de 22 à 52 jours. 2 des malades qui ont succombé avaient suivi le traitement préventif. Comme l'Institut Pasteur a relevé 263 personnes du département de la Seine mordues par des chiens reconnus enragés et traitées par les inoculations, les 2 décès qui précèdent donnent une mortalité de 0,76 p. 100. Par contre, les 7 autres décès, appartenant à une série de 44 personnes mordues par un chien enragé et n'ayant pas suivi de traitement préventif, donnent une mortalité de 15,90 pour 100. Ces chiffres démontrent encore une fois les avantages du traitement pastorien.

Le rapport de M. Dujardin-Beaumetz contient un autre fait d'une haute importance. Il montre que, de 1883 à 1887, le nombre des animaux enragés, dans le département de la Seine, s'est élevé progressivement de 182 à 644. Cette progression énorme doit appeler l'attention de l'administration sur la nécessité de faire exécuter les ordonnances de police relatives aux chiens errants. C'est par une observation rigoureuse de ces mesures de police sanitaire, qu'à Berlin et dans d'autres villes, on a obtenu la disparition presque complète de la rage. Or, quelque efficace que soit le traitement suivi à l'Institut Pasteur, on préviendra encore plus sûrement la rage chez l'homme en l'attaquant dans sa source première, c'est-à-dire chez les chiens.

— La Commission du Sénat chargée de l'examen du projet de loi relatif à l'assainissement de la Seine a désiré connaître l'avis du CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ, et, par l'entremise du Préfet de police, a soumis à ce Conseil les questions suivantes :

« 1° L'épandage des eaux d'égout, tel qu'il est pratiqué à Gennevilliers et tel qu'il résulterait de l'adoption par le Sénat du projet de loi voté par la Chambre sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et sur l'assainissement de la Seine, offre-t-il des dangers au point de vue de la salubrité publique ?

« 2° Existe-t-il, relativement à la préservation des eaux de la Seine, un système connu meilleur au point de vue de la salubrité publique ?

« 3° Le système du *tout à l'égout*, pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal le 18 février 1887, présente-t-il des inconvénients pour la santé publique ?

« 4° Y a-t-il un système de vidange connu qui offre moins d'inconvénients pour la salubrité publique ? »

Relativement à la première question, M. Pasteur, conséquent avec les doctrines microbiennes qu'il défend, a montré les dangers de répandre et d'accumuler, sans les détruire préalablement, des germes morbides dans des champs situés aux portes de Paris. Appuyant une proposition de M. Schlœsing, il demandait tout au moins que les champs irrigués, au lieu d'être livrés à l'agriculture, fussent exclusivement consacrés, sous la surveillance des ingénieurs de la Ville, à l'épuration des eaux.

Défendu par MM. Rochard, Alphand, Bourgoin, Michel Lévy, Trélat, Proust, etc., qui font valoir les bons résultats de l'expérience poursuivie à Gennevilliers et à Berlin, l'épandage finit triompher : par 24 voix contre 7, le Conseil décide que ce système n'offre pas de danger au point de vue de la salubrité publique. Des amendements seront discutés dans la séance suivante.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

Les inspecteurs généraux. — Dans sa séance de vendredi matin 9 mars, la Chambre des députés a voté la suppression des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur. Si le Sénat maintient cette suppression, il n'y aura plus d'inspecteur général dans l'ordre de la médecine.

École du service de santé militaire. — M. le ministre de la guerre a déposé samedi dernier, sur le bureau de la Chambre des députés, un projet de loi ayant pour but la réorganisation d'une école du service de santé militaire. Ce projet de loi est en ce moment à l'impression et ne sera distribué que dans quelques jours.

Concours de la Croix-Rouge. — Le comité central allemand de la Croix-Rouge vient de publier le programme du concours arrêté par la conférence de Carlsruhe en 1887. Il a pour objet « le meilleur aménagement intérieur d'un lazaret portatif, c'est-à-dire l'indication des objets les plus convenables, avec la meilleure manière de se les procurer, pour l'aménagement et la mise en activité d'un lazaret portatif, destiné à un nombre déterminé de malades et de blessés ».

Ce concours, auquel sont affectées une somme de 6,000 marks (7,000 fr.) et des médailles offertes par l'impératrice Augusta, sera jugé à Bruxelles, où les concurrents devront faire parvenir leurs modèles avant le 15 août prochain. Pour toutes les indications du programme, s'adresser soit à Berlin (Wilhelmstrasse, 73), auprès du comité allemand, soit à Genève (rue de l'Athénée, 8), auprès du comité international de la Croix-Rouge.

Appel des médecins de l'armée territoriale. — A la date du 7 mars, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu, en 1888, dans les conditions suivantes (19e corps d'armée excepté :

260 médecins aides-majors de 2e classe seront convoqués pour une période de treize jours, en deux séries, ceux de la 1re série, du 9 au 21 avril, et ceux de la 2e série, du 28 mai au 9 juin.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée sur le territoire desquels ils sont domiciliés.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Hippolyte Blot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et celle de M. le docteur Martineau, médecin des hôpitaux, vice secrétaire de l'Association générale des médecins de France. Ce double deuil sera vivement ressenti par le corps médical de Paris, au sein duquel nos deux confrères jouissaient de l'estime et de la sympathie générales.

***

Bureaux de bienfaisance. — Par arrêté en date du 21 février, sont institués médecins des bureaux de bienfaisance de Paris ci-après les docteurs en médecine dont les noms suivent :

2e arrondissement : M. Decaudin ; 3e arr. : MM. Courtin, Saison et Renflet ; 4e arr. : M. Barbillion ; 5e arr. : MM. Rollin et Plateau ; 6e arr. : M. Bernard ; 7e arr. : MM. Boehler et Le Roy ; 8e arr. : M. Mérigot de Treigny ; 11e arr. : M. Dubief ; 12e arr. : M. Yvon ; 13e arr. : MM. Planteau et Monnet ; 14e arr. : M. Gény ; 15e arr. : M. Jacquemart ; 16e arr. : M. Marcigueiy ; 17e arr. : M. Geneix ; 18e arr. : MM. Gongelet, Savoye, Petit (Léon), Braine, Dusseaud, Goureau ; 19e arr. : MM. Orval, Thomas, Bernheim ; 20e arr. : M. Bocquel.

— *Création de services dentaires gratuits.* — Le Conseil municipal, dans sa séance du vendredi 2 mars, a, sur le rapport de M. Georges Berry, voté le projet suivant :

« Le Conseil,

« Vu la demande de la Chambre syndicale de l'art dentaire, qui a organisé depuis cinq ans un service gratuit en faveur des indigents et des écoles municipales,

« Délibère :

« La Chambre syndicale de l'art dentaire est autorisée à créer des services gratuits dans les bureaux de bienfaisance et dans les dispensaires de la Ville de Paris et à s'entendre avec l'administration pour cette création. »

— Par décret en date du 8 mars, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les docteurs Abrial, Léonardon-Lapervanche, Sarda, Maréchal, Delattre, Jacob, Delobel, Delaborde, Ygouf, Foucher, Mouret et Gaboriaud.

— M. le docteur Meynet, médecin-adjoint du lycée de Lyon, est nommé médecin dudit lycée en remplacement de M. le docteur Rambaud, décédé.

M. le docteur Bard, agrégé, est nommé médecin-adjoint du lycée de Lyon, en remplacement de M. le docteur Meynet.

— La sixième conférence transformiste sera faite le jeudi 12 avril 1888, à 4 h. de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Le conférencier, M. le docteur A. Bordier, traitera des « microbes et le transformisme ».

On se procure des billets au siége de la Société

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Girode. Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux. — M. Cahn. De la marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens. — M. Toché. Etude sur deux cas d'endothéliome du cervelet.

M. Gioux. Insuffisance des muscles de l'œil. — M. Thyssen. Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. — M. Brinon. Contribution à l'étude de l'uréthrocèle vaginale. — M. Bosselut. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse chez les jeunes enfants âgés de moins de deux ans. — M. Neiret. Curettage utérin.

M. Neiret. Etude sur Hermann Boerhaave. — M. Arrivot. Séméiologie médicale des doigts.

M. Jeanselme. Dermites et éléphantiasis. — M. Saint-Laurens. Traitement des plaies traumatiques de l'estomac et de l'intestin.

M. Dufossé. Etude sur la narcolepsie. — M. Magé. Rétrécissement mitral pur. — M. Mosnay. De la phlegmasia alba dolens dans la chlorose.

M. Houdet. Quelques considérations médicales sur l'escadre de l'amiral Courbet. — M. Mars. Etude séméiologique du délire hypochondriaque. — M. Rebillard. Du traitement des végétations des organes génitaux externes. — M. Moreau. Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les trois derniers mois de la grossesse.

M. Blocq. Des contractures. — M. Riocreun. Syphylis. — Hérédité paternelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Le Gac. Etude sur la tuberculose rénale primitive.—M. Pungier. L'établissement national d'Indret. — M. Chauvet. Etude sur les flèches empoisonnées de l'Indo-Chine.—M. Soulié. Du rôle de la lanoline dans l'absorption cutanée.—M. Barrat. De la polyopie monoculaire. — M. Vallot. Considérations sur les contusions cérébrales et leur mode de production.—M. Kérébel. Contribution à l'étude des pneumonies au cours de certaines constitutions médicales saisonnières. — M. Melon. Traitement de l'hématocèle péri-ntérine par l'incision vaginale. — M. Gorron. Des fistules branchiales. — M. Audiat. Contribution à l'étude des pseudo-lipomes sus-claviculaires. — M. Bonain. De la virulence primitive ou non du bubon chancrelleux. — M. Garnier. Contribution à la géographie médicale.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 4 AU SAMEDI 10 MARS 1888.

Fièvre typhoïde 14.—Variole 11.—Rougeole 10.— Scarlatine 3. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup, 34. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 211.— Autres tuberculoses 32. — Tumeurs : Cancéreuses 52. — Autres 12. — Méningite 43.— Congestion et hémorr. cérébrales 62.—Paralysie 10.——Ramollissement cérébral 19.—Maladies organiques du cœur 72.—Bronchite aiguë 48. — Bronchite chronique 51. — Broncho-pneumonie 39.— Pneumonie 104.— Gastro-entérite : Sein 25. — Biberon 36. — Autres 9. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 6. — Débilité congénitale 37. — Sénilité 44. — Suicides 9. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 225. — Causes inconnues 6.— Total de la semaine : 1253 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par le docteur Dujardin-Beaumetz, seizième et dix-septième fascicules.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Pharmacothérapie dosimétrique comparée, par le Commandeur docteur Laura, professeur à l'Ecole de médecine de Turin, traduite en français par E. Gras, secrétaire de l'Institut dosimétrique. Un volume de 700 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Ch. Chanteaud et Cie, 54, rue des Francs-Bourgeois.

Etude des localisations angio-cardiaque typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, procbaines et éloignées, par MM. Landouzy, agrégé de la Faculté, et A. Siredey, chef de clinique de la Faculté. — Paris, Félix Alcan, éditeur.

Des anémies, physiologie et pathologie, par le docteur Ch. Lejard, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, imprimerie A. Lanier, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 12 24 MARS 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

FIÈVRES INTERMITTENTES; RAPPORT ENTRE L'EXCRÉTION DE L'URÉE ET L'APPARITION DES ACCÈS; Leçon clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié, recueillie par M. le docteur DELIGNY.

Ainsi que je vous l'ai annoncé, Messieurs, je venx vous parler d'un malade, le numéro 28 de la salle Jenner, qui est entré le 22 février. C'est un jenne homme de 26 ans, qui a été soldat de la marine pendant plusieurs années. Il est entré à l'hôpital pour des fièvres intermittentes, qui se sont produites dans des conditions qui expliquent leur ténacité et leur durée.

Le début remonte à 1883 ; à cette époque il fut envoyé au Sénégal, où il fit un séjour de 18 mois. Pendant tout ce temps, dit-il, il fut tourmenté par la fièvre, mais elle ne fut jamais régulière, les accès se produisaient tous les 8 à 10 jours. Cela est singulier, et je doute de la réalité du fait. Il peut se tromper, et je ne puis admettre une si longue irrégularité.

A la fin de 1884, il est revenu en France, à Rochefort, où on le traita pendant cinq mois; puis vers le milieu de 1885, il est allé à Madagascar où il fit un assez long séjour, jusqu'en juillet 1887.

Pendant tout le temps il fut tourmenté par la fièvre, toujours irrégulière, les accès se produisant tous les quatre ou cinq jours. Je ne puis encore accepter cela ; l'irrégularité peut se produire dans certaines fièvres, sous l'influence d'un changement de résidence; mais une fièvre irrégulière d'emblée et restant telle pendant un temps aussi long, cela n'est pas admissible.

En juillet 1887, le malade revint en France, et, depuis, n'a cessé d'être tourmenté par la fièvre. Il dit que ses accès lui reviennent tous les trois jours. Quand il est arrivé le matin à l'hôpital, on l'a trouvé sous l'influence de la fièvre; l'accès, disait-il, avait éclaté la veille au soir.

Ce garçon donne des renseignements sur les particularités de ses accès. Un premier détail qui pourrait étonner, c'est que, depuis plusieurs mois, ses accès, qui apparaissent tous les trois jours, débutent toujours le soir.

Il ne faut pas attacher trop d'importance à cette donnée classique que les accès commencent le matin. Cela dépend du type de la fièvre. Les types dont les accès se montrent le soir sont rares dans notre pays. La fièvre quotidienne a son accès le matin, mais de minuit à midi; elle apparaît dans la première période de ces douze heures, de minuit à 6 heures du matin.

La fièvre tierce débute habituellement de six heures du matin à midi.

Notre malade a une fièvre quarte et ce type a ses accès le soir, de midi à minuit. Nous n'avons donc pas été étonné qu'il ait ses accès le soir.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE

I. ÉLÉMENTS D'ANTHROPOLOGIE GÉNÉRALE, par PAUL TOPINARD. In-8, XV-1157 p., 229 fig. et 5 pl. Paris, 1885, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier. — II. LES AZTÈQUES. Histoire, mœurs, coutumes, par LUCIEN BIART. In-8, XII-304 p., avec gravures, cartes et plan. Paris, 1885, A. Hennuyer.

I. J'ai lu, tout à fait, le crayon à la main, l'ouvrage de M. Topinard. L'auteur avait déjà publié en 1876, un petit volume ayant pour titre l'*Anthropologie*, sorte de *vade mecum* destiné à des élèves et à des voyageurs quelque peu instruits. Son livre d'aujourd'hui est le fruit d'études qu'il a poursuivies depuis lors. Ce n'est pas un traité, un ouvrage didactique, mais plutôt un travail d'ensemble que l'auteur aurait pu appeler *Contributions à l'étude et à l'histoire de l'anthropologie*. Somme toute, c'est un ouvrage considérable, où il y a beaucoup à apprendre et beaucoup à prendre.

Le livre ne comporte pas moins de trente-deux chapitres. La plupart reproduisent les leçons faites par M. Topinard à l'Ecole d'anthropologie, dont il est l'un des professeurs. Son texte est bourré de citations, d'observations empruntées aux amis ou aux adversaires de l'anthropologie; il n'expose rien sans discuter, l'on sent qu'il veut convaincre ses auditeurs et ses lecteurs.

L'historique comprend six chapitres : Le premier est une revue des médecins et philosophes de l'antiquité, des premiers anatomistes et des voyageurs, afin de recueillir les traces des études anthropologiques. Le chapitre II est consacré à Buffon ; nous l'avons lu avec grand intérêt. Jusqu'à ces dernières années, le grand naturaliste passait, en histoire naturelle, pour le représentant le plus pur et le plus systématique de l'orthodoxie, et bien que Flourens ait écrit qu'il considérait Buffon « comme le premier « naturaliste qui ait étudié et envisagé l'homme comme une es- « pèce », peu de gens, jusqu'à ces derniers temps, semblaient adopter cette manière de voir. M. Topinard a bien mis en relief toutes les idées semées dans les ouvrages du grand naturaliste, sur les notions d'espèce, de race, les causes premières, la théorie de l'évolution, etc. Les chapitres III à VI sont encore consacrés

Il n'est pas moins précis quant au début des accès; une heure ou deux avant le frisson, il est tout-à-coup mal en train, il n'a pas d'appétit pour le repas du soir. Quand arrive le frisson, il a un tremblement généralisé et un claquement de dents; cela dure une demi-heure. Puis chaleur et sueur durant environ cinq heures; la sueur est assez abondante.

Après les accès, il ressent de la fatigue et un grand besoin de sommeil; quand il a satisfait ce besoin, il se trouve bien.

Lorsque nous avons entendu ce récit, lorsque nous avons su que l'accès s'était terminé mercredi, nous avons supposé qu'il se reproduirait vendredi soir, et nous avons appris au malade le maniement du thermomètre, en lui recommandant de prendre sa température dès le début de l'accès.

Vendredi soir en effet, l'accès reparaît; voici les températures :

6 h. du soir, 37°4. — 10 h. 38°4. — 10 h. 1/2 38°6.
11 h., 38°6. — 11 h. 1/2, 38°8. — Minuit, 39°4.
1 h. du matin, 39°6. — 3 h., 38°2. — 8 h. matin, 37°.

Si nous comptons pour bon l'accès du mardi soir, cet autre accès était le second avec intervalle du type quarte. Samedi j'ai fait un examen approfondi de cet homme pour savoir si on peut suivre sa maladie, l'étudier et différer le traitement. On ne trouve rien à l'examen, aucune altération organique. La rate est grosse; le malade étant maigre, elle est appréciable à la palpation. Le malade est amaigri, débilité par les accès, mais le foie n'est pas gros; il n'est pas albuminurique et n'a aucune lésion des organes respiratoires. Je suis donc libre de ne pas traiter et d'attendre pour voir si le type va persister et voir aussi les relations qui peuvent exister entre les accès et la composition de l'urine. Il est intéressant de savoir si le type quarte va persister, parce que ce type quarte s'est établi en France; les mutations sont assez fréquentes, mais il est curieux qu'elle se soit faite en France. En second lieu ce type est très favorable pour étudier les conditions de l'urine, longtemps avant et près des accès.

Vous connaissez la loi dont je vous ai déjà entretenus : dans les heures qui précèdent le frisson, quel que soit le type de la fièvre, l'urine contient plus d'urée que dans les heures plus éloignées de l'accès. Pour le type quotidien, 2 à 5 h. avant le frisson; pour le type tierce, au moins 6 h.; le type quarte a la durée la plus longue.

Vous divisez les urines de 24 heures en deux parties, et vous devez trouver plus d'urée dans la seconde partie que dans la première. Voila la loi; elle est facile à vérifier dans les types tierce et quarte; elle l'est moins dans le type quotidien, à cause du rapprochement des accès et il faut alors diviser seulement les urines de 3 ou 4 heures.

Nous nous sommes mis à l'œuvre. Le type quarte persistait : premier accès entre 6 et 7 heures du soir, second accès à 7 heures du soir; accès tout-à-fait pareils, date correcte; les suivants ont été aussi réguliers.

Je dois vous dire que la loi a été absolument en défaut, voyez plutôt :

Accès du 27 au 28 février : urine des 12 heures avant le frisson, 20 gr. d'urée par litre; urine des 12 heures plus éloignées, 21 gr. d'urée par litre.

Même à égalité, la loi n'est pas exacte.

Accès du 1er au 2 mars : urine des 12 heures voisines de l'accès, 20 gr. d'urée; urine des 12 heures éloignées, 17 grammes.

Il y a un écart de 3 gr.; ceci est plus satisfaisant.

Accès dernier, du 4 au 5 mars : urine voisine de l'accès, 16 gr. d'urée et pour les autres 21 gr.

La loi est ici tout-à-fait en défaut.

Je n'ai vraiment pas le droit d'attribuer cette inexactitude à l'ancienneté de la fièvre. Il y a des fièvres anciennes à accès latents où on retrouve seule l'augmentation de l'urée le jour où la fièvre devrait se produire.

Pour la première fois, je me trouve en présence d'une fièvre à périodicité exceptionnelle, et, pour, la première fois, je trouve la loi en défaut.

Aussi, j'ai des soupçons sur la sincérité du malade, je me demande s'il n'y a pas simulation.

Les phénomènes des accès sont corrects, de même les heures où ils se produisent, mais il y a l'indication des urines, et je crois plus ma loi que le malade.

On ne peut pas surveiller constamment la température, et il a pu indiquer des températures inexactes.

Le jour de son entrée, la rate était grosse; depuis elle a beaucoup diminué de volume. La fièvre persistant, cela est bien extraordinaire.

Autres points moins importants : les accès sont trop régu-

à l'histoire et ne sont pas moins intéressants que le précédent. Les travaux de Zimmermann, de Blumenbach, de Spiegel, de Daubenton, de Carper, de Soemmering, de Cuvier, de Prichard, de Virey, de Bory de Saint-Vincent, de Desmoulins, etc., sont passés en revue, analysés et commentés avec beaucoup de précision, et de manière à éviter aux lecteurs bien des recherches longues et pénibles.

Les chapitres VII à X sont consacrés aux généralités et aux méthodes générales, c'est à dire à la définition de l'anthropologie, à l'indication des sciences dont elle a besoin et aux caractères usités dans les classifications des races. Les chapitres XI à XIV sont relatifs à la couleur de la peau, à l'influence des milieux sur celle-ci, à l'indice céphalique, à la taille. L'encéphale fait l'objet des chapitres XV à XVII; le crâne a exigé les onze chapitres suivants, XVII à XXVII. Tous les procédés de mensuration connus, aussi bien ceux du passé que ceux actuellement en usage, sont passés successivement en revue par l'auteur, que sa qualité d'ancien préparateur de Broca et de sous-directeur du laboratoire des Hautes-Etudes, rend tout à fait compétent. Les derniers chapitres sont consacrés aux caractères généraux et aux instructions qu'il serait bien utiles de rendre uniformes, mais c'est là un vœu bien des fois exprimé. — Somme toute, l'ouvrage de M. Topinard est un livre de praticien, un recueil de renseignements puisés à toutes les sources. La note personnelle n'y est point absente, et se plaçant entre ses deux maîtres, Broca et M. de Quatrefages, l'auteur pense « que les races sont des combinaisons de caractères, qu'elles se forment et se déforment dans le temps; naissent, meurent et se succèdent, comme les couches géologiques, et que nos investigations ne portent directement que sur la dernière stratification ». Enfin, il estime que, s'il a été beaucoup fait en ce qui concerne le squelette, tout est à refaire en ce qui concerne le corps vivant. Le livre est accompagné d'un grand nombre de figures et tableaux.

II. Sous le nom de *Bibliothèque ethnologique*, un laborieux éditeur, M. Hennuyer, l'un de nos collègues en anthropologie, a entrepris la publication d'une série de volumes destinés à initier le grand public, en même temps que les gens d'étude, à l'histoire générale des races humaines. Les races jaunes, les noires, les races américaines, feront l'objet d'un volume spécial, des mono-

liers; il y a similitude trop grande dans les chiffres terminaux des accès.

Que faire ? La loi relative à l'urine est-elle absolue ? Non; ce n'est pas une raison si je l'ai trouvée une fois en défaut pour la croire fausse.

Voici ce que je me propose de faire : lundi, il n'y a pas eu d'accès, mardi il n'y en aura pas; l'accès ne doit revenir que demain soir.

Demain matin, je vais annoncer au lit du malade que la fièvre a assez marché et qu'on lui donnera du sulfate de quinine. On lui donnera du bismuth, et si l'accès manque, ou si son intensité est diminuée, nous serons fixés.

NEUROPATHOLOGIE

De l'atrophie musculaire des tabétiques et de sa nature périphérique, par M. Déjerine.

Suite et fin. — Voir les numéros 10 et 11.

Obs. IV. — *Tabes avec atrophie musculaire des mains (type Aran-Duchenne) et des jambes, datant de plusieurs années. Incoordination motrice très accusée. Abolition du réflexe patellaire. Abolition de la contractilité faradique. Troubles très marqués de la sensibilité. Mort. Autopsie. Sclérose postérieure occupant toute la longueur de la moelle épinière. Atrophie très marquée des racines postérieures. Intégrité des racines antérieures. Examen histologique. Atrophie du faisceau primitif avec pigmentation. Névrite atrophique très prononcée des nerfs musculaires. Intégrité des gros troncs nerveux. Intégrité des racines antérieures et des cellules motrices.*

Le nommé M..., âgé de soixante-quatre ans, domestique à Bicêtre depuis sept ans, entre, pour des accidents de cœur forcé, dans mon service de l'infirmerie, le 5 janvier 1887, salle Laënnec, lit no 2. Le tabes a débuté, à quarante ans, par des douleurs fulgurantes dans les jambes. L'incoordination a commencé à quarante-six ans. Depuis sept ans, le malade ne peut presque plus marcher. L'atrophie remonte environ à dix ans, mais le malade ne peut préciser l'époque du début à deux ou trois ans près.

État actuel. Incoordination des quatre membres, empêchant la marche et la station debout. Myosis. Douleurs fulgurantes. Troubles marqués de la sensibilité avec retard. Pas de réflexe patellaire. Atrophie musculaire disposée comme suit : les thénars des deux mains ont disparu. Pas de griffe. Les avant-bras sont notablement atrophiés, surtout le groupe cubital des fléchisseurs. Aux membres inférieurs, l'atrophie porte sur tous les muscles des deux jambes, et elle est très prononcée. Equinisme des deux pieds. Atrophie des thénars correspondants. Pas de contractions fibrillaires. Pas de contraction idio-musculaire. Abolition de la contractilité faradique dans les muscles atrophiés. Mort le 24 janvier 1887.

Autopsie. Atrophie extrême des thénars des deux mains, moins prononcée aux fléchisseurs et extenseurs du poignet et des doigts. Atrophie très marquée de tous les muscles de la jambe, qui, comme ceux des thénars des mains, sont réduits à l'état de lamelles jaunâtres. Atrophie des thénars des pieds.

Moelle épinière. Sclérose postérieure très prononcée dans toute la hauteur, avec atrophie intense des racines correspondantes. Intégrité des racines antérieures.

Examen histologique. Atrophie avec pigmentation du faisceau primitif. Névrite atrophique extrêmement prononcée des nerfs intra-musculaires, des muscles jambier antérieur et soléaire gauche, thénar de la main et du pied droit, fléchisseurs des doigts du même côté. Sur des coupes transversales des nerfs médian et tibial antérieur, durcis dans l'acide osmique, mêmes lésions très intenses, diminuant à mesure que l'on remonte le long du nerf. Les sciatiques, examinés après durcissement dans le liquide de Müller, sont presque normaux. Névrites cutanées très marquées.

Racines antérieures. Même méthode (acide osmique, etc., dissociation). Sur 142 préparations des racines cervicales et lombaires, on ne constate aucune espèce d'altération.

Moelle épinière, durcie dans le liquide de Müller. Sclérose postérieure très intense, diminuant légèrement de bas en haut. Atrophie extrême des racines postérieures vues en coupe. Racines antérieures normales. Intégrité complète de la substance grise antérieure des cellules motrices et des faisceaux radiculaires antérieurs.

Obs. V.— *Tabes fruste avec atrophie papillaire. Douleurs fulgurantes. Myosis. Abolition du réflexe patellaire. Pas d'incoordination. Atrophie des thénars des deux mains et des jambiers antérieurs des deux jambes. Diminution de la contractilité. Mort. Autopsie. Sclérose légère des cordons*

graphies viendront ensuite pour chacun des principaux peuples ayant joué un rôle important dans l'histoire générale.

Le volume que nous avons sous les yeux est consacré aux Aztèques. Son auteur, M. Lucien Biart, qui a déjà publié divers travaux sur le Mexique contemporain, a voulu faire revivre un peuple qui a occupé une place importante dans le passé et dont cependant ses descendants mêmes ont oublié l'histoire.

Après avoir établi quelle est la situation géographique de l'Anahuac ou Mexique, quelles sont les productions du pays, l'auteur nous en fait connaître les premiers habitants : Mayas, Tarasques, Otomites, Chichimèques, Alcolhuas, Tlaxcaltèques, Nahoas ou Nahuallacas et autres, qui ont précédé les Aztèques. Leur origine, comme celle de tous les peuples, est légendaire. Ils nommaient leur patrie Aztlan et l'on ne sait point encore au juste où se trouvait ce pays. On les voit se mettre en marche vers l'an 648 de notre ère, puis avançant, rétrogradant, tantôt disséminés, tantôt réunis, tantôt vainqueurs, tantôt vaincus; un parti important d'entre eux vient fonder Ténochtitlan, actuellement Mexico, en 1325. Ils forment un royaume puissant, et à lire le cérémonial de leurs fêtes, de leurs sacrifices, au couronnement de leurs empereurs, l'on arrive à trouver que le grand Louis XIV n'eût été qu'un petit prince, vis-à-vis les richesses et la puissance de l'empereur Motenczoma, que cinq ou six cents grands feudataires allaient chaque matin saluer à son réveil; mais l'on sait comment ont passé toutes les gloires de ce monde: les Espagnols devaient anéantir la puissance Aztèque!

L'auteur nous conduit aisément à l'aide de documents historiques puisés aux meilleures sources, à l'aide de ses propres souvenirs, au cœur même de cette grande nation. Il nous en fait connaître les mœurs, les coutumes, la législation, les monuments; la médecine n'est point oubliée. La matière médicale européenne doit aux Aztèques le tabac, la salsepareille, le jalap, etc. La saignée était en grand honneur dans le pays, et les aztèques ont su de bonne heure soustraire les plaies aux influences extérieures, à en juger par le soin avec lequel ils les couvraient de résines aromatiques. Les bains de vapeur étaient employés par leurs médecins contre le rhumatisme et après les morsures des animaux venimeux!

La langue, les arts, la religion des aztèques, ont été fort bien étudiés par M. Lucien Biart, et son livre, d'une lecture des plus

de Burdach, avec atrophie des racines correspondantes. Intégrité des racines antérieures. Atrophie simple du faisceau primitif. Névrite des nerfs musculaires. Intégrité des cellules.

Le nommé T..., fontainier, âgé de soixante-trois ans, à Bicêtre depuis deux mois, entre dans mon service à l'infirmerie, le 21 janvier 1888 pour de l'affaiblissement général.

Les douleurs fulgurantes ont commencé à l'âge de trente-trois ans, l'atrophie papillaire, aujourd'hui complète, à l'âge de cinquante-quatre ans. Pendant toute cette période, le tabes n'a pas progressé. Actuellement, le malade n'a plus de douleurs fulgurantes. Myosis. Pas trace d'incoordination. Le malade marche comme un aveugle ordinaire. Troubles notables de la sensibilité, avec retard de la transmission. Pas de réflexe patellaire. Atrophie des thénars des deux mains. Léger méplat de la région antéro-externe des deux jambes sans déformation des pieds. Contractilité faradique. Chariot. Homme sain = 10c. Thénar droit = 6c. Thénar gauche = 4c. Mort le 4 février 1888.

Autopsie. Atrophie des éminences thénars, qui ont une teinte jaunâtre. Atrophie du jambier antérieur de chaque côté. Moelle épinière. Atrophie des racines antérieures peu intense. Intégrité des racines antérieures. Sclérose légère des faisceaux de Burdach.

Examen histologique. Atrophie des tubes nerveux dans les muscles atrophiés, gaînes vides nombreuses. Pas de tubes en voie d'altération. Racines postérieures passablement atrophiées.

Racines antérieures. Sur 60 préparations faites au niveau des renflements cervical et lombaire, on ne constate aucune espèce d'altération des tubes nerveux. Moelle épinière, durcie dans le liquide de Müller, maintenue dans une étuve à 40°. Sur les coupes, légère sclérose des faisceaux de Burdach. Intégrité complète des cellules des cornes antérieures et des faisceaux radiculaires. De même pour les racines correspondantes vues en coupe, ce que l'examen à l'état frais permettait déjà d'affirmer.

Les cinq observations précédentes, suivies d'autopsie et d'examen histologique, ont trait à des tabétiques classiques, et chez lesquels l'affection spinale était compliquée d'atrophie musculaire progressive. Cette atrophie musculaire, extrêmement prononcée chez quatre de ces malades, affectait, sur les membres supérieurs de trois d'entre eux, le *type Aran-Duchenne*, et le type *scapulo-huméral* chez le quatrième. Chez le dernier, l'atrophie des membres supérieurs était limitée aux thénars. Enfin, chez tous, les muscles des membres inférieurs étaient atrophiés à un degré variable, mais d'une façon générale, assez proportionnel au degré de l'atrophie des membres supérieurs. Chez aucun de ces tabétiques il n'existait de tremblements fibrillaires. La contraction idio-musculaire était diminuée ou abolie. La contractilité faradique était en raison du volume des muscles atrophiés, et la réaction de dégénérescence partielle a été notée une fois. Chez tous ces malades, la marche de l'atrophie musculaire a été extrêmement lente. Enfin, sauf le malade de l'observation V (affecté de tabes fruste), tous les autres étaient des ataxiques arrivés à un degré très avancé de l'affection.

L'examen histologique a fourni les résultats suivants :

Du côté des muscles, atrophie (avec pigmentation très marquée dans certain cas) du faisceau primitif et stéatose interstitielle. Du côté des nerfs, névrite dégénérative extrêmement intense des nerfs intra-musculaires et des troncs nerveux correspondants. Les nerfs précédents sont constitués presque exclusivement par des gaînes vides; on ne trouve que quelques rares tubes nerveux normaux dans chaque préparation, et pas ou presque pas de tubes en voie d'altération, particularité qui nous rend très bien compte de la lente évolution de l'atrophie. On ne peut mieux comparer les lésions des nerfs moteurs, dans ce cas, qu'à celle qui existe dans les racines postérieures, dans le tabes à évolution avancée. L'apparence histologique est la même. Cette altération des nerfs intra-musculaires et des troncs correspondants est proportionnelle au degré de l'atrophie, et elle diminue à mesure que l'on examine des portions de tronc nerveux plus rapprochées de la racine des membres, car les gros troncs sortant des plexus sont toujours normaux ou à peu près.

Les racines antérieures ont toujours été trouvées intactes dans ces cinq cas, et n'auraient pu être distinguées d'autres racines provenant d'un sujet mort d'une affection quelconque. Enfin, les cellules des cornes antérieures ont toujours été trouvées normales, comme forme, nombre, volume, etc. Il en était de même des faisceaux radiculaires antérieurs, et l'aire des cornes antérieures montrait, dans chacun de ces cas, ses prolongements cylindre-axes et anastomotiques aussi nombreux qu'à l'état normal (méthode de Weigert). En d'autres termes, les cornes antérieures de la moelle épinière des cinq tabétiques atrophiques dont j'ai rapporté les observations présentaient les caractères de l'état normal.

---

attrayantes, mérite d'être placé dans la bibliothèque de tous ceux qui s'occupent d'histoire et d'ethnographie.

Dr A. DUREAU.

— Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris a adopté les conclusions suivantes :

« Les médecins des bureaux de bienfaisance sont tenus de visiter, le jour même, les malades pour lesquels ils sont requis, si la demande a été remise à leur domicile avant cinq heures; après cinq heures, s'ils ne peuvent visiter les malades dans la soirée, ils devront le faire dans la matinée du jour suivant.

« Dans le cas où le médecin ne ferait pas sa visite dans les délais indiqués, les malades auront le droit de recourir à un médecin ordinaire, à qui une somme de trois francs sera payée par l'administration du bureau de bienfaisance et retenue au médecin qui aura manqué à son devoir, sur la subvention qui lui est accordée.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. Fillion, pharmacien de première classe, a été institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Par décret, en date du 19 mars 1888, M. Hache, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 19 mars 1888, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Moursou et Barret.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Marestang, Mialaret, Henry, de Gouyon de Pontouraude, Garnier et Bousquet.

— D'après un ordre royal, le titre de docteur délivré par l'Université de Paris ne donne pas le droit de concourir pour l'obtention d'une chaire à la Faculté de médecine de Madrid. Les candidats devront préalablement se soumettre aux dispositions de la législation espagnole.

D'après ce que je viens d'exposer, je crois pouvoir conclure que, dans l'immense majorité des cas, l'atrophie musculaire des tabétiques relève d'une névrite des nerfs moteurs périphériques. Il existe donc chez ces malades, à côté des névrites sensitives cutanées que j'ai décrites en 1882, des névrites motrices, présentant avec les premières de grandes analogies. Toutes deux, en effet, sont d'autant plus prononcées, que l'on examine des troncs nerveux plus éloignés des centres, toutes deux encore sont de nature périphérique, car, dans les névrites cutanées, les ganglions spinaux sont, comme je l'ai montré, indemnes de toute altération, de même que (les examens histologiques précédents le démontrent) les cellules des cornes antérieures sont intactes dans les névrites motrices.

Moins fréquente au cours du tabes que la névrite cutanée, la névrite motrice devra désormais être regardée comme appartenant, elle aussi, à la sclérose postérieure, dont elle peut, dans certains cas, singulièrement modifier la symptomatologie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

L'érythrophléine, un nouvel agent d'anesthésie locale.

Suite et fin. — Voir les numéros 10 et 11.

XI. L'ÉRYTHROPHLÉINE COMME ANESTHÉSIQUE, par le docteur F. GOLOSCHMIOT (*Centralblatt für klin. Medicin.*, 1888, n° 7, p. 421).—XII. SUR L'ÉRYTHROPHLÉINE, par le docteur KOLLER (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1888, n° 6). — XIII. RECHERCHES SUR L'ACTION ANESTHÉSIANTE LOCALE DE L'ÉRYTHROPHLÉINE, par le docteur SCHŒLER (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1888, n° 14, p. 171). — XIV. SUR LA NATURE DE L'ACTION TOPIQUE DE L'ÉRYTHROPHLÉINE, par le docteur LIEBREICH (Ibidem, n° 21, p. 254). — XV. SUR LES EFFETS DE L'ÉRYTHROPHLÉINE, par le professeur LIPP (de Graz). — *Wiener Medic. Wochenschrift* 1888, n°s 11 et suivants.

XI. M. GOLOSCHMIOT a fait des expériences préalables sur des lapins, et il croit avoir acquis la preuve que des instillations d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,1 pour 100, dans un œil suffisent, pour produire une anesthésie de la conjonctive et de la cornée, d'une durée de trois à quatre heures; l'anesthésie a persisté pendant vingt-quatre heures, à la suite d'instillations d'une solution à 1 0/0, sans jamais s'étendre à l'iris. Les instillations de la solution faible n'ont jamais entraîné de suites fâcheuses chez l'homme.

Mêmes résultats, chez l'homme, en expérimentant sur des yeux sains, avec une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,1 0/0. Toutefois, l'anesthésie s'est accompagnée d'une légère irritation conjonctivale avec sensation locale de chaleur et de brûlure. Cette sensation a été encore plus accusée, lors que les instillations étaient faites chez un sujet affecté d'une ophthalmie.

En fait d'applications pratiques, M. Goldschmidt a eu recours aux instillations d'érythrophléine deux fois pour obtenir l'extraction d'un fragment de fer logé dans la cornée, une autre fois pour inciser le canal lacrymal. L'anesthésie locale a été obtenue dans les trois cas. Comme cette anesthésie érythrophléinique s'accompagne d'une distension vasculaire locale, M. Goldschmidt prévoit que l'érythrophléine ne se prêtera pas à des applications thérapeutiques aussi nombreuses que la cocaïne.

XII. Pour ce qui concerne l'intensité des phénomènes de réaction locale, consécutifs aux instillations d'érythrophléine, M. KOLLER (de Vienne), à qui nous devons de connaître l'action anesthésiante locale de la cocaïne, a obtenu des résultats tout autres que M. Goldschmidt. M. Koller a expérimenté sur lui-même. Il s'est instillé dans un œil, 2 gouttes d'une solution d'érythrophléine à 0,125 p. 100, et voici ce qu'il a observé: Au bout de une à deux minutes, sensation de brûlure intense; injection de la conjonctive et larmoiement. Exaspération de la sensation de brûlure, rougeur de la peau dans le voisinage de l'œil, irradiation de la douleur dans la moitié correspondante de la face, dans l'oreille et surtout dans le nez. Les douleurs et les autres phénomènes réactionnels atteignirent leur maximum d'intensité environ vingt minutes après l'instillation; au bout de quinze ou vingt minutes, il n'en restait plus de traces. A ce moment, la sensibilité était complètement abolie sur la cornée; cette anesthésie persista pendant plusieurs heures, voire que le lendemain matin, la sensibilité cornéenne était encore émoussée.

D'autre part, une heure et demie environ après l'instillation, la vue était devenue confuse; les objets apparaissaient comme enveloppés d'un brouillard, et ce phénomène était en rapport avec un état trouble de l'épithélium de la cornée. L'œil était devenu terne. Ce défaut de netteté de la vue alla en s'accentuant dans le courant de la journée, au point que M. Koller ne pouvait plus distinguer les caractères d'imprimerie de grosseur moyenne; le soir venu, la flamme d'une bougie lui apparaissait entourée d'un spectre (bleu en dedans, rose en dehors) comme dans les cas de glaucome. Le trouble de la vision persista pendant toute la journée du lendemain, mais il alla en s'atténuant.

M. Koller fait remarquer que toutes les substances connues comme étant douées d'une action anesthésiante locale produisent, au lieu d'application, les phénomènes d'irritation notés à propos de l'érythrophléine, et cela paraît naturel, si l'on songe que la paralysie des extrémités terminales des nerfs sensitifs ne peut être que le résultat d'une irritation périphérique. Seulement, avec l'érythrophléine, la phase d'irritation initiale est relativement beaucoup plus longue qu'avec la cocaïne: elle dure au minimum une demi-heure à la suite d'une instillation d'une solution d'érythrophléine à 0.125 pour 100, et seulement une minute à la suite de l'instillation d'une solution de cocaïne à 2 pour 100. L'action paralysatrice, exercée sur les nerfs sensitifs par l'érythrophléine, est d'autant plus prononcée, comme le prouve d'ailleurs la longue durée de l'anesthésie cornéenne (plusieurs heures au lieu de dix à quinze minutes, durée de l'anesthésie obtenue avec de la cocaïne). Cette intensité d'action plus grande de l'érythrophléine doit faire craindre que l'emploi de cette substance, comme anesthésique local, expose à des inconvénients graves. Pour ce qui est, en particulier, de l'état trouble de l'épithélium cornéen, il s'observe également, mais dans une proportion très faible, à la suite des instillations de cocaïne; il n'est pas, comme Koller l'a cru d'abord, une conséquence d'un dessèchement de la cornée, mais le résultat d'une action directe de l'alca-

loïde sur les cellules épithéliales, quelque chose comme un trouble de nutrition de ces éléments anatomiques.

Nous passons sur les résultats des expériences faites par Koller pour étudier l'action anesthésiante locale des injections sous-cutanées d'érythrophléine, ces expériences ayant été faites exclusivement sur des animaux.

XIV. M. Schœler a obtenu des résultats qui concordent très sensiblement avec ceux annoncés par Koller. A la suite d'une instillation, dans l'œil, d'une goutte de chlorhydrate d'érythrophléine (solution à 0.2 pour 100), il a noté la succession des phénomènes suivants: Sensation de brûlure et de corps étranger dans l'œil; léger épiphora, hypérémie de la conjonctive. Au bout de cinq minutes, émoussement de la sensibilité cornéenne. Quinze minutes après l'instillation, la sensibilité à la douleur était complètement abolie sur la cornée, mais non la sensibilité tactile. Les phénomènes d'irritation étaient allés en s'exaspérant, pour diminuer ensuite et disparaître, sauf l'hypérémie conjonctivale, 35 à 40 minutes après l'instillation. Au bout de deux heures, sensation de pesanteur dans la paupière supérieure, nuage devant les yeux, cercles colorés autour des objets; ce dernier phénomène persiste pendant 9 heures environ.

Chez d'autres sujets, les résultats ont un peu différé, quant à leur époque d'apparition; dans un cas, l'analgésie locale était complète au bout de cinq minutes. D'autre part, l'auteur a noté que l'anesthésie était sensiblement plus accusée sur la cornée que sur la conjonctive. Sans être beaucoup moins intense que l'action anesthésiante locale de la cocaïne, l'action anesthésiante de l'érythrophléine est beaucoup plus durable. Ces deux agents d'anesthésie, à l'idée de l'auteur, se complètent l'un l'autre; en effet, en instillant dans un œil, une ou deux gouttes d'une solution à 2 0/0 de cocaïne additionnée d'une solution d'érythrophléine, il ne s'est produit ni douleur locale, ni sensation de brouillard devant les yeux.

M. Schœler a aussi fait, sur des animaux, des expériences qui tendent à prouver que l'érythrophléine est sans action aucune sur les filets du sympathique qui se rendent à l'œil, même quand la solution alcaloïdique est appliquée directement sur le tronc de ce nerf mis à nu, au cou. Ensuite, il a instillé de l'érythrophléine dans les yeux, chez des animaux auxquels il avait pratiqué préalablement une injection de fluorescine, et il a constaté que, dans ces conditions, le phénomène de la fluorescence se produit avec une intensité et une durée beaucoup plus grandes dans l'œil érythrophléinisé, surtout quand, de ce même côté, le sympathique cervical avait été sectionné avant l'expérience. L'atropinisation de l'œil, qui avait pour effet d'éliminer l'action de l'oculo-moteur, ne changeait rien aux résultats de l'expérience. D'où l'auteur croit pouvoir conclure que le trouble de la vue, produit par les instillations d'érythrophléine, est le premier terme d'un processus qui, en se continuant, aboutirait à une kératite neuroparalytique.

XV. Nous avons parlé plus haut de l'interprétation donnée par M. Koller de l'action locale de l'erythrophléine sur l'épithélium cornéen. Liebreich a émis sur ce point spécial une opinion encore plus tranchée; d'après lui, l'érythrophléine n'est pas un anesthésique local dans le sens propre du mot, c'est simplement un *caustique*. Les expériences de M. Schœler ne prouvent pas autre chose. Une autre preuve de cette action caustique de l'érythrophléine est fournie par une observation de Kœnigstein et par celle de Gutmann, dont il a été question plus haut. De même, les recherches du professeur Reuss ont montré que les instillations d'érythrophléine dans l'œil produisent d'abord sur la cornée une action caustique, qui gagne en profondeur. M. Liebreich a fait, de son côté, des expériences dont les résultats lui ont laissé cette conviction, que l'action anesthésiante locale de l'érythrophléine est simplement consécutive et proportionnelle à l'action caustique de cette substance. Pour ces raisons, M. Liebreich croit devoir repousser la proposition faite par M. Schœler de recourir à l'emploi combiné de l'érythrophléine et de la cocaïne pour l'anesthésie de l'œil, car le fait de Gutmann, relaté plus haut, montre que les effets caustiques de l'érythrophléine peuvent persister très longtemps. Au sujet des expériences et des recherches cliniques de M. Kareweki, M. Liebreich a fait valoir: d'abord que l'anémie locale obtenue par un moyen quelconque, en particulier par l'application de la bande d'Esmarch, si elle n'entraîne pas une anesthésie complète dans la partie exsangue, a du moins pour effet d'émousser la sensibilité, au point que l'une ou l'autre fois, des opérations faites après application de la bande d'Esmarch n'ont donné lieu à aucune sensation douloureuse; en second lien, et relativement aux effets obtenus au moyen des injections d'érythrophléine dans le traitement des névralgies, que de pareils effets ont été obtenus à la suite de l'emploi d'autres agents caustiques.

XVI. Avant de clore cette longue énumération de recherches expérimentales et cliniques concernant l'action locale de l'érythrophléine sur la sensibilité des tissus, il me reste à dire quelques mots d'un travail de M. le professeur Lipp, de Graz, travail en cours de publication. M Lipp relate deux nouveaux exemples de symptômes en rapport avec une intoxication générale, survenus à la suite d'une injection sous-cutanée de chlorhydrate d'érythrophléine, chez des sujets de notre espèce. Voici un résumé succinct de ces deux faits:

Chez une femme de 25 ans, on injecte 1 centigramme de chlorhydrate d'érythrophléine (Merk) sous la peau de l'avant bras. Avant l'injection, la fréquence du pouls était de 68-66. En l'espace d'une demi-heure, le nombre des pulsations descendit à 50-48. Une douleur assez vive s'était développée autour de la piqûre; apparition de papules. Vertigo. Obnubilation de la vue. Pâleur du visage. Agitation. Irrégularité du pouls. D'anesthésie, point. Les accidents susdits avaient complètement disparu environ une heure et demie après l'injection.

Chez une autre femme, âgée de 35 ans, très nerveuse, affectée d'une névralgie cervico-occipitale et d'une rétinite syphilitique, M. Lipp a fait deux injections de chlorhydrate d'érythrophléine, de 5 milligrammes chaque, l'une à la nuque, l'autre dans la région dorsale, du côté de la douleur. Fréquence du pouls, au moment de l'injection, 96-100. Au bout de vingt minutes, vives douleurs au siège de chaque piqûre. Au bout de vingt-cinq minutes, P 120. Sensation de grand malaise, dyspnée, spasme douloureux dans la région du cœur. Secousses convulsives des muscles de la face et des membres. Perte incomplète de la connaissance, pendant cinq minutes. Ces manifestations s'étaient dissipées au bout de quinze minutes.

Un peu plus tard, les douleurs névralgiques ont reparu, à l'heure habituelle et avec leur intensité antérieure. Il n'y a pas eu d'anesthésie dans le voisinage des piqûres. Le lendemain, endolorissement, rougeur et douleur à ce niveau.

En présence des résultats contradictoires annoncés par les auteurs dont nous venons de passer en revue les recherches, il serait prématuré de vouloir dès aujourd'hui émettre un jugement définitif sur la valeur de l'érythrophléine employée comme analgésiant local. Il faut attendre, pour cela, que des recherches moins hâtives nous renseignent sur les causes des contradictions que nous avons signalées. Une chose est certaine, c'est qu'il faut compter sérieusement avec la toxicité de l'érythrophléine, c'est qu'on s'expose à provoquer des symptômes d'intoxication générale, quand on administre, par voie hypodermique, une dose de chlorhydrate d'érythrophléine supérieure à 5 milligrammes.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. E. Rindfleisch. — Traité d'histologie pathologique. Traduit sur la sixième édition allemande et annoté par les docteurs Fr. Gross et J. Schmitt, professeurs à la Faculté de Nancy. — Un gros volume in-8° de 869 pages avec 359 figures intercalées dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Parmi les livres qui ont fait leur apparition dans les derniers mois, j'en trouve un certain nombre qui méritent à divers titres d'appeler particulièrement l'attention.

C'est d'abord la deuxième édition française du Traité d'histologie pathologique de E. Rindfleisch, que MM. les professeurs Gross et Schmitt (de Nancy) viennent de traduire et d'annoter. Il y a vingt ans que cet ouvrage est devenu classique en Allemagne, et six éditions successives n'ont pas épuisé son succès. Si la science histologique a fait depuis lors de gigantesques progrès, si des traités nouveaux et remarquables sont venus faire concurrence au livre de Rindfleisch, celui-ci n'en conserve pas moins dans son genre l'inoubliable mérite d'avoir tracé la voie où se sont engagés plus tard ses imitateurs.

Mais ce n'est pas tout, et ce mérite risquerait fort de rester sans sanction, si l'auteur n'avait envisagé l'histologie pathologique que dans son côté aride, à savoir l'énumération plus ou moins habile des lésions isolées de tel organe ou de tel système. Aussi bien, cette aridité descriptive paraît-elle être aujourd'hui le propre de plusieurs traités étrangers pour lesquels on revendique la précision comme qualité dominante.

Or, il n'en est pas de même du livre de Rindfleisch. Il essaie de classer et de coordonner les faits; il tente de remonter aux lois qui les régissent et de les faire rentrer dans les grands principes de la Biologie générale.

La morphologie pathologique des cellules et des organes, le mécanisme morbide qui part du trouble fonctionnel, crée des altérations histologiques, puis aboutit à la lésion macroscopique, toute cette successive évolution de la maladie considérée dans sa lésion est traitée par Rindfleisch avec une compétence et une hauteur de vue qu'on ne saurait trop louer.

A un point de vue très élevé, je me permettrais peut-être de risquer quelques objections, sinon quelques critiques. C'est ainsi que je m'étonne que Rindfleisch ait laissé complètement dans l'ombre toute la partie chimique de l'histologie pathologique; cette phase mystérieuse encore, qui toute fonctionnelle, prépare la lésion matérielle qui n'est qu'une résultante ou un résidu.

Mais l'auteur pourrait répondre que je parle de la science de demain et qu'il n'avait en vue que celle d'aujourd'hui, que l'histochimie n'a jusqu'à présent ni méthodes ni lois, et qu'aucun corps de doctrine ne peut être édifié sur ce vide.

Rien n'est plus vrai; mais, à défaut d'une science faite, bien des lecteurs eussent aimé voir paraître les linéaments de ce grand chapitre de Biologie pathologique qui nous éclairerait sur plusieurs des obscurités de la maladie, au moins sur cet anneau mystérieux qui commence la chaîne du processus morbide et se réunit directement à celle du processus étiologique.

Quoi qu'il en soit, l'œuvre de Rindfleisch nous donne un tableau complet de la science actuelle; et si parfois l'histologiste allemand passe sous silence les travaux de notre pays, MM. Gross et Schmitt se chargent de réparer l'omission par une série d'annotations et d'additions qui ajoutent singulièrement à la valeur intrinsèque de l'ouvrage.

II. Theodor Rumpf. — Die Syphilitischen Erkrankungen der Nervensystems. — Un volume grand in-8° de 620 pages, avec deux planches lithographiées. — J.-F. Bergmann. — Wiesbaden, 1888.

Nous ne possédions pas encore un traité d'ensemble sur les maladies syphilitiques du système nerveux. Th. Rumpf vient de combler cette lacune par un livre consciencieux qui se place au-dessus des querelles de personnes pour rendre à chacun la part qui lui est due, et l'on sait combien grande est la part qui revient à M. Fournier dans la constitution de ce gros chapitre de syphiligraphie.

Voici la disposition générale du livre de Rumpf :

Une première partie comprend l'historique, les méthodes de diagnostic, l'anatomie pathologique, enfin une série d'importantes considérations générales sur la syphilis héréditaire, la caractéristique des lésions d'origine syphilitique, la signification diagnostique du traitement, etc.

Les trois parties suivantes concernent la syphilis du cerveau, de la moelle et des nerfs périphériques. Elles sont à lire en entier. Cependant, je recommanderai tout particulièrement les chapitres sur les psychoses syphilitiques, sur le tabes et sur les résultats obtenus par la thérapeutique antisyphilitique.

Le cinquième chapitre est consacré à la syphilis héréditaire du système nerveux.

Le pronostic, la prophylaxie et le traitement, font l'objet du sixième et dernier chapitre, dont la lecture est d'un vif intérêt pratique.

Il serait à souhaiter que le livre de Rumpf eût les honneurs d'une traduction française; il retrouverait certainement dans notre pays le succès qui l'a accueilli de l'autre côté du Rhin.

III. H. Nothnagel et B. Naunyn. — Uber die Localisation der Gehirnerankheiten. — Une brochure de 56 pages in-8°, avec deux planches en couleur. — J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1887.

La brochure de Nothnagel et Naunyn est la reproduction de

deux travaux présentés en 1887 au Congrès de Wiesbaden. C'est un vigoureux plaidoyer en faveur des localisations corticales, suivi d'une étude de Naunyn sur la topographie des lésions observées dans 80 cas d'aphasie motrice ou de cécité des mots. Deux planches résument d'une manière synthétique les schémas de ces observations.

IV. Eduard Lang. — Das venerische Geschwür (Weicher Schanker), dessen Pathologie und Therapie. — Une brochure de 60 pages avec figures sur bois, in-8o. — J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1887.

Nous avons rendu compte l'année dernière des Leçons de E. Lang sur la Pathologie et le traitement de la Syphilis. L'auteur a fait tirer à part quatre de ces Leçons sur le chancre mou. Les deux premières s'attachent à décrire cette manifestation au point de vue clinique. La troisième envisage à la fois ses réactions ganglionnaires et son pronostic. La thérapeutique fait l'objet de la quatrième.

Un formulaire termine la brochure, qui constitue une petite monographie fort complète.

V. Ferdinand Alt. — Meine Erlebnisse. — Un volume grand in-8o de 144 pages. — J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1887.

A la mort de F. Alt, on trouva dans un codicille de son testament le désir de voir publier une auto-biographie composée à Vienne en décembre 1885. Otto Becker s'est chargé de ce soin pieux et il a fait suivre le manuscrit de F. Alt d'une étude pleine d'émotion sur les dernières années, la maladie et la mort de son ami.

VI. Wilhem Ebstein. — Die Zuckerharnruhr, ihre Theorie und Praxis. — Un volume grand in-8o de 232 pages, avec quatre figures dans le texte.—J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1887.

W. Ebstein est l'un des savants allemands qui marchent à la tête de la science de son pays. On peut ne pas s'accorder avec lui sur des points de doctrine et s'étonner de certaines hardiesses qui ont des apparences paradoxales, mais ce que l'on ne peut contester, c'est l'originalité de ses conceptions et la rigueur avec laquelle il les déduit des faits qu'il a observés. A ce titre, son livre sur le Diabète constitue une œuvre des plus remarquables; et si on venait à lui opposer qu'il a fait la part trop large aux hypothèses, il pourrait répondre avec Claude Bernard, sous l'invocation duquel il a placé son ouvrage : « Dans les sciences, c'est toujours la théorie qui éclaire la pratique et leur donne la puissance. »

Le diabète sucré n'est pas l'expression de plusieurs états morbides originels, c'est une entité morbide toute particulière qui relève toujours et partout d'un processus univoque. Le processus initial est une modification de l'activité protoplasmique, caractérisée par ce fait que, avec une quantité égale de matériaux à brûler, le diabétique produit moins d'acide carbonique qu'un individu sain.

Et comment cette insuffisante production d'acide carbonique peut-elle conditionner les symptômes cardinaux du diabète, à savoir : la glycosurie et la destruction exagérée des albuminoïdes? C'est parce que l'acide carbonique a la propriété de suspendre l'action du ferment diastasique qui existe dans tous les organes; c'est aussi parce qu'il fixe à l'état solide certains albuminoïdes, tels que la globuline.

W. Ebstein, pour établir la première de ces propositions, s'est livré à une série d'expériences du plus haut intérêt. Puis, quand il croit que toutes les objections sont écartées et quand l'enchaînement des déductions qu'il tire de ses expériences lui paraît satisfaire la plus rigoureuse logique, il tente immédiatement l'application pratique de sa nouvelle doctrine.

C'est là une des parties les plus importantes du livre; et je recommande spécialement à l'attention des lecteurs le chapitre du traitement, dans lequel W. Ebstein tente de concilier l'absolu de sa théorie avec la tradition thérapeutique.

En résumé, excellent livre, très suggestif, mais bien plutôt écrit pour les savants que pour les praticiens.

Albert Robin.

BULLETIN

La prophylaxie de la rage et de la syphilis devant l'Académie de médecine. — Le système du « tout à l'égout » devant le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — L'acclimatement des Européens en Algérie.

Des questions d'hygiène publique et de démographie occuperont exclusivement notre Bulletin de cette semaine.

M. Dujardin-Beaumetz a communiqué à l'Académie de médecine le rapport sur la rage adressé au Préfet de police au nom du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, rapport dont nous avons parlé dans notre précédent numéro. Frappé, comme nous l'avions été nous-même, de la progression croissante des cas de rage chez l'homme et chez le chien, M. Féréol a demandé qu'on insistât auprès de l'administration pour une application plus rigoureuse des réglements de police sanitaire concernant les chiens errants. C'est la conclusion pratique que nous avait inspirée la lecture du rapport de M. Dujardin-Beaumetz. Fortement appuyée par MM. Brouardel et Leblanc, la proposition de M. Féréol a été prise en considération et, comme l'intervention de l'Académie trouve une circonstance opportune dans la prochaine réunion du Comité des épizooties auquel a été renvoyé le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, une Commission, composée de MM. Féréol, Dujardin-Beaumetz et Leblanc, a rédigé séance tenante des conclusions qui ont été votées à l'unanimité moins une voix, et que nos lecteurs connaissent déjà par le Journal des Sociétés scientifiques. La voix dissidente est celle de M. Hardy qui, par affection pour son propre chien, a défendu, jusqu'à un certain degré toutefois, la liberté de la race canine.

Ces conclusions de l'Académie ne sont pas nouvelles; elles sont simplement la reproduction de celles qu'elle avait déjà votées en 1885 à la suite d'une mémorable discussion. Si elles n'ont pas eu l'effet qu'on pouvait en attendre, c'est que ceux qui ont à faire exécuter les réglements sanitaires en ce qui concerne la rage, ont pu être distraits de leur surveillance par les résultats obtenus à l'Institut Pasteur; ils ont cru sans doute pouvoir se départir des mesures de rigueur contre les chiens errants. La double intervention du Conseil de salubrité et de l'Académie de médecine les ramènera à une appréciation plus exacte des choses, et si jamais à Paris, comme en Allemagne, l'observation des mesures sanitaires avait pour

effet de faire disparaître on à peu près la rage, il reste encore assez de maladies infectieuses attendant leur vaccination préventive pour que l'Institut Pasteur ne soit pas condamné au chômage.

— L'entente s'est faite, comme nous l'avions annoncé, sur les articles qui divisaient les opinions relativement à la prophylaxie de la syphilis. Le souhait exprimé par le rapporteur de la Commission, M. Fournier, a été rempli : « c'est à l'unanimité que l'Académie a voté ces articles après les modifications et les amendements qui y ont été introduits. La loi sanitaire demandée pour réprimer la provocation à la débauche et restreindre ainsi la propagation des maladies vénériennes n'est pas près d'être votée ; personne ne se fait illusion à ce sujet, et il y a lieu, comme l'a proposé M. Hardy, d'appeler l'attention de l'administration sur la nécessité d'une application plus rigoureuse des mesures dont elle dispose. Ces mesures, en effet, bien qu'elles manquent d'une base ou d'une sanction légale solide, permettent, si elles sont appliquées avec fermeté, d'opposer une certaine barrière à l'extension de la prostitution et des maladies qu'elle concourt à propager. L'exemple donné par le maire de Bourges peut être suivi ailleurs. Il est à désirer que le retentissement de la discussion actuelle devant l'Académie de médecine contribue à ce résultat.

— Nous avons fait connaître, dans notre précédent Bulletin, les quatre questions soumises au CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ relativement à l'assainissement de la Seine, et la réponse à la première de ces questions. Les trois autres ont été à leur tour examinées et discutées au sein du Conseil.

Relativement à la seconde, c'est-à-dire à la question de savoir s'il existe, au point de vue de la salubrité publique, un système connu meilleur que l'épandage des eaux d'égout, M. Bourgoin a cherché à démontrer que le sol est le meilleur agent d'épuration des eaux. L'air oxyde les matières organiques contenues dans les eaux qui filtrent sur une grande surface, et détruit ainsi, ou tout au moins rend inoffensifs les microbes pathogènes que ces eaux renferment. Les expériences faites à Gennevilliers et à l'étranger le démontrent.

Les autres modes d'épuration sont inférieurs au précédent. L'épuration mécanique ne détruit pas les matières organiques. L'épuration par les agents chimiques a donné lieu partout à des déceptions : ces agents présentent le double inconvénient de ne pas détruire complètement les matières organiques et de coûter fort cher.

M. Bourgoin conclut qu'il n'existe pas, dans l'état actuel de la science, au point de vue de la salubrité publique, un système meilleur que l'épandage des eaux. Cette conclusion, appuyée par M. Rochard, est votée par 29 voix sur 30 votants.

La troisième question, qui met directement en cause le système du *tout à l'égout*, a été l'objet d'une plus longue discussion. Si l'on songe à l'état de nos égouts, qui s'est peu modifié depuis le mémoire dans lequel M. Humblot nous l'a fait connaître en 1885, on comprend l'opposition ou tout au moins les hésitations que rencontre ce système. L'insuffisance de la pente, celle du volume d'eau dont on dispose, l'ensablement qui en résulte, enfin la stagnation des matières de vidanges, conséquence inévitable des conditions précédentes, sont bien propres à justifier ces réserves.

M. Alphand reconnaît lui-même la nécessité de modifier préalablement cet état d'un grand nombre d'égouts. Il faut, dit-il, résoudre d'abord ce double problème : faire disparaître les sables et augmenter le volume d'eau. Des travaux ont déjà été entrepris à cet effet, mais ils entraîneront de grandes dépenses et ne demanderont pas moins de 10 à 15 ans pour être terminée.

Le système du *tout à l'égout* n'est donc pas près d'être appliqué complètement. D'autre part, il est inapplicable pour certains égouts et, à ce sujet, M. Alphand fait observer que les partisans de ce système ne sont pas exclusifs. Le Conseil municipal a prévu l'application de canalisations spéciales. Ce que l'on poursuit avant tout, c'est la suppression des fosses d'aisances.

En somme, aux objections qui leur sont faites par MM. Riche, Voisin, Ollivier, Schlœsing, etc., les partisans du *tout à l'égout* répondent, par la voix de MM. Alphand et Rochard, que ce système ne sera appliqué que progressivement, au fur et à mesure que les égouts seront modifiés et aménagés à cet effet, que le volume d'eau dont on pourra disposer sera suffisant, enfin que la surface du terrain d'irrigation sera mise en rapport avec la quantité d'eau qu'il devra recevoir et épurer. Si ce programme pouvait être suivi à la lettre, ce serait parfait ; mais il faut compter avec l'imprévu, avec les grandes sécheresses qui feront diminuer le volume de l'eau ; avec les grandes crues qui contribueront à ensabler les égouts ; avec les accidents comme celui qui est arrivé récemment à l'aqueduc d'Arcueil et qui a privé pendant assez longtemps les Parisiens d'une bonne eau potable ; avec des évènements plus graves encore, comme celui d'une guerre, d'invasion, qui pourraient conduire à détourner le cours des sources tributaires de la capitale. Dans ces conditions, le *tout à l'égout* ne présentera-t-il pas des dangers sérieux pour la salubrité publique ? C'est ce que l'avenir apprendra, mais un peu tard peut-être. En attendant, ses avantages semblent décisifs : par 23 voix contre 11, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a conclu : « que le système du *tout à l'égout*, pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal le 18 février 1887, n'offre pas de dangers au point de vue de la salubrité publique. »

— L'acclimatement des Européens, plus particulièrement des Français en Algérie, déclarée impossible au début de la conquête, très discutée il y a encore quelques années, s'affirme de plus en plus. Cela ressort d'une intéressante *étude statistique sur la population européenne en Algérie pendant l'année 1886*, publiée par M. le docteur Ricoux sous le patronage du gouverneur général de l'Algérie.

« Les enfants nés en Algérie de parents européens, dit M. Ricoux, ont depuis longtemps donné un démenti aux axiomes pessimistes du docteur Vital et du général Duvivier (1); depuis longtemps devenus hommes, ils ont fait souche ; aussi devient-il indispensable de rechercher combien, parmi les naissances de chaque année, ont pour auteurs des Algériens et des Européens. La statistique, depuis 1882, avait fourni à cet égard des résultats avantageux pour la génération franco-algérienne, résultats confirmés en 1886. »

(1) « Les enfants nés en Algérie de pères et mères européens depuis vingt-trois ans sont impitoyablement moissonnés». (Dr Vital).
« Les cimetières sont les seules colonies toujours croissantes de l'Algérie. » (Général Duvivier).

La statistique de 1886 montre, en effet, que pour les Français et les Maltais, le nombre des enfants nés de parents tous deux européens n'entre pas pour moitié dans le nombre total des enfants. Les Maltais ont été les premiers immigrants ; ils ont fourni de nombreux croisements aux Français ; ce sont les enfants issus de ces croisements qui ont fait souche et contribué ainsi à élever le coefficient de l'acclimatement.

Pendant longtemps, les Français ne compensaient pas leurs pertes par leurs naissances. Depuis quelques années, non seulement la compensation s'est établie, mais les naissances dépassent de plus en plus les décès. En 1884, il y a eu 120 naissances pour 100 décès ; en 1886, il y en a eu 133.

Ce n'est pas tout : jusqu'en 1884, le sexe féminin était seul à contribuer à l'accroissement de la population française, le sexe masculin comptait plus de décès que de naissances, ce qui avait fait dire à Bertillon : « Quelle résistance offre une race dont un seul sexe s'accroît, tandis que pour l'autre sexe les décès surpassent toujours les naissances ? Ce sexe masculin, toujours déclinant, ne peut donc se soutenir que s'il est incessamment ravitaillé par la mère-patrie ? Dans des conditions aussi précaires, pouvons-nous la dire acclimatée ? »

Ces conditions précaires tendent à disparaître. Depuis 1886, en effet, l'ancien rapport entre les décès et les naissances du sexe masculin est renversé : le nombre des naissances est supérieur à celui des décès comme pour le sexe féminin. Si l'on songe, d'un autre côté, que la fécondité des mariages entre compatriotes est relativement grande et que celle des mariages croisés augmente, on repousse définitivement les idées pessimistes rappelées plus haut et l'on envisage avec tranquillité l'avenir de notre colonisation.

Dr F. de Ranse.

De l'endométrite et de son traitement.

La Société obstétricale et gynécologique de Paris s'est occupée longuement et à plusieurs reprises de l'importante question de l'endométrite et de son traitement à propos d'une communication de M. Doléris.

M. le docteur Doléris a apporté à l'appui de son opinion de nombreuses observations qui semblent justifier le nouveau traitement qu'il préconise.

Sans aborder la question de pathogénie et de doctrine, nous pensons qu'il sera profitable de résumer ici les diverses propositions soutenues et le traitement nouveau qui, au dire de son auteur, lui a donné les résultats les plus heureux.

La métrite chronique est caractérisée par des lésions pathologiques complexes, et, pour arriver à la guérir, il est de toute nécessité : d'ouvrir aux sécrétions une voie d'élimination large et aisée ; de modifier la muqueuse dans toute son épaisseur.

De là, deux indications :

1º Dilatation du col utérin ; 2º traitement local de la surface utérine.

Pour modifier la muqueuse dans le cas d'endométrite du corps de l'utérus, le râclage avec la curette longue de Récamier sera pratiqué. On s'assurera d'abord qu'il n'existe pas d'inflammation récente dans les tissus péri-utérins. Cela bien établi, des irrigations antiseptiques du vagin seront faites pendant quelques jours. La malade, placée dans le décubitus dorsal, sera chloroformée sans qu'on aille jusqu'à la narcose complète. Une pince placée sur la lèvre antérieure du col et tenue par un aide, attirera l'utérus en bas et rendra le cathétérisme très faible. On s'assure ainsi de la direction du conduit utérin.

La curette sera alors introduite de la main droite, tandis que la main gauche maintiendra le fond de l'utérus. L'instrument ayant pénétré jusqu'au fond, on râcle fortement en allant de droite à gauche, en décrivant des demi cercles qui se complètent les uns les autres. Toute l'épaisseur de la muqueuse, jusqu'à la couche musculaire, sera enlevée. La curette retirée, du sang sort en assez grande abondance.

On écouvillonnera à plusieurs reprises, et, avec la sonde dilatatrice, on fera un lavage avec une solution au sublimé à 1/2000 et à la température de 40 à 45º, de façon à enlever les les derniers débris de la muqueuse ou de caillots. On termine par un écouvillonnage avec un écouvillon très doux chargé de glycérine créosotée à 1/3. Pulvérisation d'iodoforme sur le col et tampon de glycérine iodoformée dans le fond du vagin.

Généralement, il n'y a pas de grandes douleurs après l'opération ; quelquefois des *coliques* pendant deux à trois jours. Quant à l'hémorrhagie, insignifiante pendant l'opération, elle est nulle après. Au bout de quelques jours, un écoulement de liquides épais, provenant de la déliquescence des cellules les plus profondes de la muqueuse, restées adhérentes à la couche musculaire, se produit. Il se tarit rapidement.

Quant à la dilatation de l'utérus, elle n'est indispensable qu'autant que le col ne se laisse pas facilement traverser. Elle se fera avec l'éponge, la laminaire, le tupelo, préparés antiseptiquement.

Les succès obtenus par l'auteur sont encourageants, mais il est évident que le mode de traitement dont nous venons d'esquisser les grandes lignes demande une grande prudence, que nombre de cas peuvent et doivent guérir sans y avoir recours, en se contentant seulement de moyens fort simples et sans aucun danger possible.

L'emploi des antiseptiques autorise une hardiesse louable, mais qu'il est bon de modérer quelquefois, ne serait-ce que dans les cas ordinaires où la guérison s'obtient sûrement et sans crainte de complications.

Marius Rey.

NOTES & INFORMATIONS

Inscriptions dans les Écoles de médecine navale. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient de soumettre à la signature du ministre un arrêté d'après lequel les inscriptions prises dans les Ecoles de médecine navale ne seront pas valables pour le doctorat Cette mesure serait motivée, nous affirme-t-on, par un affaiblissement notable des études dans ces Ecoles à la suite des modifications introduites par l'amiral Aube — ancien ministre de la Marine — dans le mode d'enseignement et dans le recrutement du corps professoral des Ecoles navales.

Si, comme on a tout lieu de le croire, le motif invoqué par le Conseil supérieur de l'Instruction publique est exact, la mesure qu'il demande est juste. On ne peut cependant s'empêcher de déplorer que le département de la Marine n'ait pas prévu cet événement et n'ait pas sauvegardé la situation de ces étudiants, d'autant plus dignes d'intérêt qu'ils ne sont attachés aux Ecoles de médecine navale que par leur situation militaire.

(Bulletin médical).

Conditions du Concours pour les médecins du dispensaire de salubrité de la Seine. — Par arrêté préfectoral, en date du

1er mars 1888, « nul ne pourra, à l'avenir, être nommé aux fonctions de médecin du Dispensaire de salubrité de la Seine, s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Etre Français, âgé de moins de trente cinq ans ; 2o avoir été admis à concourir ; 3o avoir subi, avec succès, les épreuves du concours qui consistent en : une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ; une épreuve écrite de deux heures sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie ; deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation.

Le jury du concours sera nommé par le préfet de police sur la présentation du doyen de la Faculté de médecine. Il sera choisi parmi les membres des corps scientifiques suivants : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, les médecins, les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, les médecins titulaires de Saint-Lazare.

Le président du jury sera désigné dans l'arrêté de nomination.

Le jury sera composé de cinq juges et d'un suppléant.

Tous les médecins du Dispensaire cesseront leurs fonctions à l'âge de soixante-cinq ans.

Épidémies. Depuis un mois et demi environ une forte épidémie de scarlatine sévit à l'Ecole de Saint-Cyr ; le nombre des élèves malades s'élève actuellement à près de trois cents, sur lesquels plus de cent sont encore à l'infirmerie. Le général commandant l'Ecole avait cru tout d'abord devoir garder le silence sur cette situation, se contentant de renvoyer dans leurs foyers les élèves dont l'admission à l'infirmerie n'était pas urgente ; mais en présence de l'augmentation journalière du nombre des malades, il a devancé les vacances de Pâques. L'Ecole a été licenciée lundi matin, et elle va être soigneusement désinfectée.

Cette opération exigeant, pour être effectuée avec rigueur, une durée de dix-sept jours, et de plus, trois jours étant nécessaires pour que les locaux soient redevenus secs, les vacances de Pâques, qui sont ordinairement de dix jours, dureront cette année vingt et un jours.

— Une épidémie de variole sévit depuis quelque temps déjà dans plusieurs communes du Finistère (Douarnenez, Leuhan et Laz) ; on dit que le nombre des décès par suite de cette maladie, s'élève à plus de deux cents pour les trois localités ci-dessus.

A Douarnenez, en raison de l'intensité de l'épidémie, le commandant du 11e corps d'armée vient de décider le maintien des hommes en permission ou en congé dans les communes et l'ajournement des territoriaux et des réservistes soumis à des appels ou qui sont domiciliés à Douarnenez.

— A Cayenne, l'épidémie de fièvre jaune continue à sévir avec une grande intensité ; les cas nouveaux sont très nombreux ; rien qu'à Cayenne, il y a eu plus de 120 cas, et 110 malades ont été admis à l'hôpital militaire de cette ville depuis le 1er janvier jusqu'aux derniers jours de février ; 44 ont déjà succombé, ce qui porte la mortalité à 40 0/0.

— Une épidémie de trichinose sévit de nouveau à Goes.

Quelques cas de cette maladie ont été également constatés à Leyde.

— On signale une violente épidémie de choléra dans les environs de Hyderabad, dans les Indes anglaises.

— La variole règne à Reinosa, province de Santander. Elle a déjà fait un grand nombre de victimes.

— La variole décroît à la Havane. Elle n'a causé que 269 décès en janvier. C'est encore là, sans doute, un chiffre énorme, mais comparé à celui de décembre, il constitue un progrès notable qui s'est accentué encore, car, depuis le 1er février jusqu'à aujourd'hui, il n'y a eu que 95 victimes.

Réunion de la Société italienne de chirurgie en 1888. — La cinquième réunion de la Société italienne de chirurgie se tiendra à Naples du 26 au 28 mars 1888. R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le docteur Blot (Claude-Philibert-Hippolyte), dont nous avons annoncé le décès dans notre dernier numéro, était né à Paris le 14 juin 1822. Interne des hôpitaux, au concours de 1845, il passa deux années à la Maternité, où il devint l'un des bons élèves du professeur Paul Dubois. Docteur en médecine en 1849, il fut nommé chef de clinique d'accouchements en 1855, et agrégé dans la section d'accouchements en 1856. M. Blot avait été nommé membre de l'Académie de médecine en 1863 et il était directeur du service de la vaccine depuis 1873. On lui doit une bonne thèse sur *l'albuminurie des femmes enceintes* (1849) ; un mémoire *sur l'arthrite suppurée chez les femmes en couches* (1853) ; un travail *sur la version pelvienne dans certains cas de rétrécissement du bassin* (1862) ; un autre mémoire sur le *ralentissement du pouls dans l'état puerpéral* (1863), etc., et divers rapports sur le service de la vaccine. Il est aussi l'inventeur d'un céphalotribe.

M. Blot, depuis longtemps souffrant d'une affection cardiaque, est mort à Paris, le 13 mars. Ses obsèques ont eu lieu le 16. Les cordons du char funèbre étaient tenus par MM. Hérard, président de l'Académie de médecine, Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, Brown-Sequard, président de la Société de biologie, Polaillon, président de la Société de chirurgie. Très estimé de ses collègues, M. Blot avait demandé qu'aucun discours ne fut prononcé sur sa tombe.

— M. Martineau (Louis), né à Melun le 28 avril 1835, était interne des hôpitaux de la promotion de 1858. Médaille d'or, après son internat, reçu docteur en médecine en 1863, il concourut en 1872 pour le bureau central et fut nommé le premier de sa promotion; médecin de l'hôpital de Lourcine en 1876, il a fait, depuis 1877, un cours clinique de gynécologie et de syphiliographie des plus suivis. M. Martineau a publié un *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes* (1879) ; des leçons *sur la métrite* (1882-83), *les déformations vulvaires* (1883), la *thérapeutique de la syphilis* (1880 à 83), et un grand nombre de mémoires publiés dans les recueils de médecine et dans le nouveau dictionnaire de *médecine et de chirurgie pratiques*. Il est mort subitement à Paris, le 13 mars, laissant sa fortune à l'Association générale des médecins de France, dont il était le secrétaire général adjoint. Ses obsèques ont eu lieu le 17 mars. Des discours ont été prononcés sur sa tombe, à Melun, par MM. Bancel, président de la Société locale de Seine-et-Marne ; Blaché, secrétaire de l'Association générale ; Constantin Paul, au nom de ses collègues des hôpitaux. Tous ont rendu à son caractère et à ses travaux des hommages bien mérités. A.D.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur E. Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy, président de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

*
* *

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1887-1888 sera ouvert le mercredi 11 avril et clos le samedi 28 du même mois, à trois heures.

Association générale des médecins de France. — La vingt-huitième assemblée générale de l'Association aura lieu les 8 et 9 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 8 avril 1888 :

La séance est ouverte à deux heures et demie.

1. Allocution du président ;

2. Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ;

3. Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Richelot, membre du Conseil général ;

4. Compte-rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1887, par M. Riant, membre du Conseil général ;

5. Première partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888.

A sept heures précises le banquet (Hôtel Continental).

— Ordre du jour de la séance du lundi 9 avril 1888 :

La séance sera ouverte à deux heures et demie.

1. Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ;

2. Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale ;

3. Deuxième partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888. Discussion et vote des propositions ;

4. Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1889 ;

5. Election du secrétaire général de l'Association en remplacement de M. Foville, décédé ;

6. Renouvellement partiel du Conseil général. — Membres du Conseil à renouveler : MM. Riant, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Bourienne, arrivés au terme de leur exercice (les membres du Conseil sont rééligibles) ;

7. Rapport fait au nom du Conseil général par M. Horteloup, sur la fixation de l'Assemblée générale en 1889 ;

8. Rapport de M. de Ranse sur le vœu émis par la Société de la Loire et Haute-Loire en 1887 ;

9. Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1889.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 11 AU SAMEDI 17 MARS 1888.

Fièvre typhoïde 12.—Variole 6.— Rougeole 24.— Scarlatine 4. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup, 42. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 188.— Autres tuberculoses 30. — Tumeurs : Cancéreuses 40. — Autres 4. — Méningite 36. — Congestion et hémorr. cérébrales 57.— Paralysie 7.— Ramollissement cérébral 12.—Maladies organiques du cœur 55.— Bronchite aiguë 30. — Bronchite chronique 52. — Broncho-pneumonie 42.— Pneumonie 85. — Gastro-entérite : Sein 14. — Biberon 41. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale 33. — Sénilité 35. — Suicides 20. — Autres morts violentes 17. — Autres causes de mort 237. — Causes inconnues 6. — Total de la semaine : 1155 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par J. Béchamp. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887.

Etude sur le cerveau de Bertillon, par MM. Chudzinski et Manouvrier. — Paris, Hennuyer, 1888.

Les idées morbides et les délires de persécution, par le docteur Charpentier, médecin de Bicêtre. — Paris, G. Masson, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. — N° 13 — 31 MARS 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Première Leçon

SOMMAIRE. — I. Définition et division des spasmes rythmiques. — Identité nosologique de tous les spasmes rythmiques hystériques, quels que soient leur siège et leurs apparences extérieures. — II. Des spasmes rythmiques localisés. — Etude d'une malade atteinte d'un spasme rythmique hystérique des sterno-cléido-mastoïdiens; caractères de ce spasme; éléments du diagnostic. — III. Certains spasmes dits réflexes succédant aux traumatismes sont vraisemblablement d'origine hystérique. — Exemple. — IV. Rapports des spasmes hystériques localisés avec la chorée électrique ou électrolepsie. — La chorée électrique n'a probablement pas d'existence propre. — La plupart des cas qui ont été décrits sous ce nom sont en réalité des exemples de convulsions rythmiques hystériques.

Messieurs,

Profitant de quelques exemples typiques qui se trouvent actuellement réunis dans nos salles, je voudrais étudier avec vous les principales variétés cliniques des *spasmes rythmiques hystériques*.

I

On désigne sous le nom de *spasmes rythmiques* des convulsions, généralement brusques et toujours conscientes, provoquées par des secousses musculaires qui, se répétant à des intervalles sensiblement égaux, donnent lieu à des mouvements involontaires, se reproduisant eux-mêmes régulièrement et pendant un temps souvent fort long, avec une cadence uniforme.

Les spasmes rythmiques ne sont pas tous d'origine hystérique, mais, dans un grand nombre de cas, ils dépendent de la grande névrose et constituent une de ses manifestations symptomatiques les plus intéressantes.

Ces spasmes hystériques se présentent sous des aspects très variés. Ils prennent quelquefois les apparences extérieures des tics convulsifs ; d'autres fois, ils provoquent des mouvements désordonnés ressemblant à ceux qui accompagnent la chorée. Chez certains malades, ils déterminent de la toux, des hoquets, des éternuments, des bâillements incoercibles ; chez d'autres, ils donnent lieu à la production de bruits laryngés semblables à des aboiements ou à des rugissements.

Pour la commodité de la description, on peut les diviser en trois groupes distincts :

1° Les *spasmes rythmiques localisés* ou *tics hystériques*, dans lesquels les secousses anormales, limitées à un muscle ou à un groupe musculaire isolé, déterminent des mouvements très simples de flexion, d'extension ou de rotation de la tête ou d'un membre ;

2° Les *spasmes rythmiques systématisés* ou *gesticulatoires*, dans lesquels les convulsions cadencées, intéressant à la fois

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. *Macgowan (D.-J.)* ON THE MOVEMENT CURE IN CHINA (CHINA IMPERIAL MARITIME CUSTOMS SPECIAL SERIES; no 2. MEDICAL REPORTS, 29e ISSUE, 1885, in-4o. Sanghaï. — II. *Guelliot* (Octave). LES MUSEUX, CHIRURGIENS RÉMOIS, in-8o. Reims, 1887. — III. *Dessaignes* (*Victor*). TRAVAUX DE CHIMIE ORGANIQUE, précédés d'une notice bibliographique par *Ribemont-Dessaignes*, in-8o. Vendôme, 1886. — IV. *L.-M. Griffiths.* SHAKSPERE AND MEDICAL SCIENCES, in-8o. Bristol, 1887. — V. *Lereboullet.* A. DECHAMBRE, SA VIE, SES ŒUVRES, in-8o. Paris, 1887.

I. Le massage et les mouvements musculaires, les procédés du mesmérisme, font partie de l'antique médecine des Chinois. L'on doit à S.-E. P'an Wei, gouverneur de Hupeh, un mémoire intitulé : *Important-Life Maintaining Methods*, dans lequel l'histoire de ces moyens thérapeutiques est élucidée fort clairement, à l'aide des plus anciens textes connus. La gymnastique, connue partout dès la plus haute antiquité, était fort en honneur aux premiers âges de la Chine. L'auteur a retrouvé ses traces, dit-il, à la période éocène (l'invention des instruments de chirurgie serait venue plus tard à l'âge de pierre, les exercices musculaires ont été célébrés par tous les philosophes les plus illustres de la Chine et les patriarches boudhistes les ont vivement recommandés.

Rien de plus curieux que les détails de la pratique du massage, tel qu'il est pratiqué dans le pays depuis un temps immémorial. Les procédés pour l'inspiration de l'air sont des mieux réglés. Le traitement est divisé en trois parties de chacune cent jours. L'on commence le premier jour de la lune à quatre ou cinq heures du matin et l'on inhale l'air du soleil sept fois. En même temps, des frictions sont faites par deux adolescents : l'un opérant un jour, l'autre le lendemain et ainsi de suite, mais avec cette nuance que si la maladie est due à un désordre du principe mâle, l'opérateur est une fille ; si le désordre est du principe femelle, l'opérateur est un mâle. L'opérateur frictionne légèrement l'abdomen du patient avec la main droite, et de droite à gauche, en augmentant graduellement la pression. Après un mois, la main de l'opérateur est rem-

plusieurs groupes musculaires synergiquement associés, impriment au tronc, à la tête et aux membres, des mouvements coordonnés souvent très complexes;

3° Les *spasmes rythmiques respiratoires*, dans lesquels les secousses convulsives affectent exclusivement les muscles qui servent à la respiration et à la phonation.

Mais il importe de remarquer que ces divisions correspondent à des différences de siège des accidents convulsifs et non à des différences de nature. Tous les spasmes rythmiques hystériques appartiennent à une même famille naturelle; ils sont tous frères. Dépendant d'une cause identique, caractérisés par des phénomènes musculaires du même ordre, ils comportent un pronostic uniforme et méritent un traitement analogue, quelles que soient les variétés de leurs apparences symptomatiques. Il y a dès lors grand avantage à les rapprocher dans une étude d'ensemble.

Malheureusement, ce rapprochement est rendu très difficile aujourd'hui, par le fait de la multiplicité des dénominations qui ont été appliquées aux différentes formes des spasmes rythmiques. Les neurologistes ont commis à leur sujet la même faute que commirent jadis les aliénistes quand ils prirent pour base de classification les actes délictueux ou criminels accomplis par les aliénés. Ils les ont décrits en les classant d'après leur siége, au lieu de les grouper d'après les affinités de leur étiologie et de leur nature. Tous les spasmes rythmiques du visage ont été réunis en bloc pour former l'espèce des tics convulsifs non douloureux ou spasmes mimiques; ceux du cou ont reçu les noms de tics rotatoires ou d'hyperkinésie de l'accessoire de Willis; ceux des membres sont devenus les chorées anormales ou impulsions locomotrices, avec leurs innombrables variétés : ambulatoires, saltatoires, malléatoires, etc., etc.; de telle sorte que, petit à petit, on s'est habitué à considérer les tics de la face, les tics de la tête et du cou, les chorées ambulatoires, saltatoires, etc., comme autant d'espèces morbides distinctes, alors qu'en réalité ce sont des symptômes sans aucune spécificité nosologique. Il est temps de réagir contre cette manière de procéder. Les aliénistes ont eu le bon esprit de renoncer à la doctrine étroite et mal conçue des monomanies le jour où ils ont nettement compris que les actes des aliénés sont des effets n'ayant par eux-mêmes aucune signification relativement à la nature de la maladie qui les provoque. De même, les convulsions rythmées sont des symptômes communs à plusieurs états pathologiques distincts.

Pour en faire une classification naturelle, pratique et utile, il faut remonter à leur cause. Or, l'hystérie est une de ces causes, probablement la plus fréquente et la plus importante de toutes. Il est donc tout à fait logique de séparer du groupe hétérogène des convulsions rythmées tous les cas qui dépendent de l'hystérie, afin de les réunir dans une description commune, comme on le fait, avec raison, pour les paralysies hystériques ou les contractures hystériques, lesquelles présentent toutes, où qu'elles siègent, un certain nombre de caractères communs.

C'est dans cet esprit que nous allons essayer d'étudier les spasmes rythmiques hystériques. Mais, avant de faire ressortir les analogies de leurs caractères communs, il convient que nous procédions à la description analytique de leurs principales formes cliniques.

II

Les *spasmes rythmiques localisés* sont ceux qui siégent isolément sur un muscle ou sur un groupe musculaire bien limité. On peut les observer sur les membres, le tronc, la face, les paupières, la langue, mais ils affectent de préférence les muscles du cou.

La jeune femme que je vous présente est atteinte d'un spasme rythmique localisé, d'origine hystérique, des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Voici son histoire en quelques mots :

Amélie H... est âgée de 23 ans. On trouve dans ses *antécédents héréditaires* plusieurs tares névropathiques. Son *père* devenu hémiplégique à 30 ans, est mort à 46 ans sans avoir jamais repris la liberté de ses mouvements. Son *grand père maternel* était asthmatique. Sa *grand'mère maternelle* était sujette à des attaques de nerfs. Sa *mère* est franchement hystérique. Ses *deux frères* sont des originaux d'une brutalité excessive.

Amélie a eu une enfance maladive. A dix-huit mois, son ventre est devenu si gros qu'on a craint une péritonite et qu'on l'a couvert de vésicatoires.

A quatre ans, fièvre muqueuse; à huit ans, variole. A quatorze ans, menstruation, accompagnée de douleurs abdominales et de maux de tête violents. A quinze ans, à l'occasion d'une suppression menstruelle, Amélie eut pendant trois mois des vomissements alimentaires incoercibles et une céphalalgie si intense et si

---

placée par un instrument spécial. Après l'abdomen, le dos est également manipulé. Enfin viennent les mouvements musculaires, au nombre de douze, analogues à ceux usités en France; quelques-uns, cependant, consistent en postures difficiles et qui rappellent celles de certains fakirs de l'Inde. Le résumé du docteur Macgowan est accompagné de planches.

II. La pince de Museux est bien connue des chirurgiens; elle figure dans tous les manuels de chirurgie. Quant à son inventeur, les biographes l'ont passé sous silence, et les bibliographes n'ont point enregistré ses ouvrages. Il faut savoir gré à notre confrère de Reims, M. Guelliot, d'avoir pris des mesures excellentes pour tirer de l'oubli les Museux, ses compatriotes. Sa brochure restera, elle sera collectionnée par les chercheurs en quête de biographie générale, et comme j'appartiens à cette catégorie « gent difficile à contenter», j'adjure M. Guelliot de nous donner bientôt l'histoire de la *communauté des chirurgiens de Reims*, qui n'a pas encore été faite. Il enregistre dans sa brochure intéressante plus d'un détail curieux pour l'histoire de la chirurgie dans sa ville natale, et son travail oblige.

III. Cédant à un pieux sentiment, M. Albert Ribemont-Dessaignes, agrégé de notre Faculté et accoucheur des hôpitaux, vient de publier les mémoires et notes de chimie dûs à son père Victor Dessaignes, qui fut avocat, docteur en médecine, receveur municipal de Vendôme, lauréat de l'Institut, chimiste distingué et savant, des plus modestes et des plus savants, à ce point que l'illustre Dumas, offrant à M. Dessaignes père une chaire à la Faculté des sciences, à Lyon, celui-ci la refusait pour ne pas quitter un petit laboratoire improvisé dans son bureau de receveur et surtout pour ne rien changer à la simplicité de sa vie. MM. Pasteur, Milne-Edwards, Berthelot, ont rendu à Victor Dessaignes la justice scientifique bien due à ses travaux chimiques, et son fils a sagement fait de réunir les divers mémoires écrits par son père, en les faisant précéder d'une touchante préface. Il est bon, par le temps qui court, de voir de temps en temps le labeur persévérant, accompli en province par des savants distingués dénués des richesses de nos laboratoires perfectionnés, récompensé et attesté par les maîtres de la science.

IV. La brochure de M. Griffiths est de la bonne érudition;

persistante qu'on crut à une méningite. A dix-huit ans, nouvelle suppression des règles et apparition de vomissements de sang, survenant tous les jours à huit heures du matin, pendant quinze mois consécutifs.

A vingt ans, à l'occasion de chagrins d'amour (sa mère avait refusé un jeune homme qu'elle aimait et qui la demandait en mariage), Amélie éprouva une vive contrariété et eut une grande attaque hystérique qui dura plusieurs heures. Quelques mois plus tard, une réprimande de sa mère détermina une seconde attaque convulsive après laquelle Amélie resta aphone pendant huit jours.

A partir de cette époque, les attaques se reproduisirent, tantôt à l'occasion de contrariétés les plus futiles, tantôt spontanément. Elles étaient précédées d'une aura ovarienne très nette et suivies quelquefois de contractures des membres et de l'œsophage ou de sommeil hypnotique.

Amélie est entrée pour la première fois à l'hôpital en juin 1885. Elle avait alors une contracture violente du pharynx et de l'œsophage qui l'empêchait absolument d'avaler. Elle avait en outre un certain nombre de symptômes permanents de l'hystérie: anesthésie cutanée générale, abolition totale du goût et de l'odorat, amaurose de l'œil gauche et anacousie de l'oreille gauche. Elle était facilement hypnotisable, mais non suggestible. Elle avait plusieurs zones spasmogènes et hypnogènes. J'ai à peine besoin de vous dire que, dès les premiers jours qui suivirent son admission dans le service, elle fut considérée comme une hystérique. Avec de pareils antécédents pathologiques, avec un tel ensemble de stigmates, avec des symptômes aussi franchement accusés, le diagnostic s'imposait, sans qu'il y eût place à la moindre hésitation.

Après trois mois de traitement par la faradisation locale et le gavage de l'estomac, la contracture du pharynx et de l'œsophage disparut. Une amélioration sensible se produisit dans l'état général, et finalement la malade, débarrassée des accidents pour lesquels elle était entrée à l'hôpital, demanda son *exeat*. Il fut convenu qu'elle partirait le 17 août.

Le 16, elle se rendit à la salle des bains à une heure de l'après-midi, se déshabilla seule et s'étendit dans une baignoire. Elle y était à peine depuis dix minutes quand elle entendit subitement un grand fracas et se trouva enveloppée dans un nuage de poussière.

C'était le plâtre du plafond de la salle des bains qui venait de se détacher et qui était tombé bruyamment sur le sol. Amélie n'avait pas été blessée, mais elle avait été terriblement épouvantée. Elle eut sur-le-champ une grande attaque convulsive qui dura de une heure à quatre heures de l'après-midi et fut suivie d'une contracture des quatre membres qui persista pendant un mois. En même temps, sa tête commença à être incessamment agitée par des secousses convulsives brèves, rapides, qui existent encore aujourd'hui, vingt et un mois après l'accident provocateur.

Analysons maintenant les caractères de ces convulsions rythmées :

a. Elles paraissent siéger exclusivement dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Le peaucier, le trapèze et les autres muscles rotateurs de la tête n'y prennent aucune part. Il s'agit bien dans l'espèce d'un spasme mono-musculaire.

b. L'amplitude des secousses convulsives est en rapport constant avec la position prise par la malade. Dans la position verticale (assise ou debout), le spasme est très léger, presque insignifiant. Il persiste néanmoins, ainsi qu'on peut s'en assurer en prenant entre les doigts l'un ou l'autre des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens, mais il est si faible qu'il n'imprime pas d'oscillations visibles à la tête. Quand la malade est dans le décubitus dorsal, la face dirigée exactement dans le sens du plan médian du corps, le tic paraît être un peu plus fort. Si la face est inclinée vers la droite ou vers la gauche, le tic augmente d'intensité dans le muscle sterno-mastoïdien du côté opposé à celui vers lequel la face est inclinée.

Enfin, quand la malade est étendue dans le décubitus latéral droit ou gauche, les secousses convulsives deviennent très fortes dans le muscle sterno-mastoïdien du côté opposé au décubitus. La tête est alors agitée de mouvements brusques, saccadés, régulièrement rythmés, qui lui font exécuter des oscillations latérales très appréciables. A chaque secousse, le muscle sterno-cléido-mastoïdien correspondant se dessine sous la peau avec la forme d'une corde saillante tendue entre les insertions mastoïdienne et sterno-claviculaire.

c. Quelle que soit l'amplitude des contractions, elles se succèdent toujours régulièrement avec un rythme à peu près uniforme : on en compte de 100 à 110 par minute. Elles cessent complètement pendant le sommeil naturel, mais elles persistent pendant le sommeil hypnotique. Elles ne peuvent être arrêtées par la volonté.

d. Les excitations mécaniques des muscles sterno-cléido-mastoïdiens (pression, traction) ne modifient pas le rythme du tic convulsif. Il en est de même de la compression des ovaires.

e. Le passage d'un courant faradique tétanisant dans l'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens arrête le tic, mais lui substitue une contracture persistante du muscle correspondant et par conséquent un torticolis. La contracture ainsi produite se dissipe quand on électrise le muscle symétrique du côté opposé non contracturé, ou quand on souffle brusquement et à plusieurs reprises sur le muscle contracturé.

---

c'est l'opinion médicale et de la médecine du temps de Shakespeare, opinion exprimée dans les œuvres du célèbre poète dramatique anglais, avec d'excellentes réflexions. Il s'agit seulement d'une *address* présidentielle, lue à l'ouverture de la dernière session de la Société médico-chirurgicale de Bristol ; mais l'auteur est pénétré de son sujet, et cette *address* peut devenir le point de départ d'une monographie d'un grand intérêt. Je me permets de lui indiquer, à cette occasion, la notice publiée par notre confrère Onimus.

V. J'ai lu avec émotion la biographie consacrée à Dechambre par un de ses meilleurs amis, par celui qui a le plus et le mieux vécu dans son intimité. Dechambre était connu de tous ; il est encore présent dans la mémoire et dans le cœur de tous ceux qui l'ont approché. Sa notoriété tenait à son caractère droit, profondément honnête, autant qu'à son immense labeur. Je m'estime fort heureux pour ma part d'avoir été si longtemps en relations avec cet excellent ami, et je puis dire que la notice que lui consacre M. le docteur Lereboullet est telle que Dechambre l'eut souhaitée. C'est le meilleur éloge que je puisse en faire. A. DUREAU.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Faivre-Dupaigre, professeur agrégé au lycée de Caen, a été chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine.

CONGRÈS. — Le second Congrès de gynécologie sera tenu à l'Université de Halle les 24, 25 et 26 mai 1888.

— Le Congrès de chirurgie, dans son comité secret, à décidé que :

1o Le vice-président d'une session passera, de droit, président de la session suivante,

2o A l'avenir, en dehors des questions mises à l'ordre du jour, il ne pourra être fait qu'une seule communication par antenr.

2o Toute communication, publiée antérieurement au Congrès, ne figurera que par son titre dans le volume du Congrès.

4o Le Comité permanent d'organisation a été invité à réduire le nombre des grandes questions mises à l'ordre du jour, de façon à ce que les membre du Congrès, étrangers à Paris, puissent visiter le matin les services de chirurgie et voir à opérer.

La compression énergique et soutenue de la colonne vertébrale dans un point limité compris entre les apophyses épineuses des quatrième et sixième vertèbres dorsales, arrête les secousses rythmiques. Elles reparaissent aussitôt qu'on cesse la compression.

Pendant l'arrêt déterminé par cette manœuvre, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont contracturés. Si la compression est modérée, les secousses deviennent moins amples par le fait d'une tendance manifeste du muscle à la contracture, tendance qui l'empêche de revenir complètement à sa position d'inertie dans l'intervalle de deux secousses successives.

Parmi les caractères de ce spasme, il en est deux sur lesquels je désire insister d'une façon particulière. Ce sont: l'influence de l'attitude sur l'amplitude des secousses convulsives et l'action frénatrice exercée par la pression d'un point limité de la colonne vertébrale.

L'influence de l'attitude générale du corps sur les spasmes localisés est un phénomène difficile à expliquer, mais qui s'observe dans un grand nombre de cas. Il a déjà été signalé dans plusieurs observations analogues à la nôtre.

R. Hunter (1) rapporte l'histoire d'une femme de 23 ans qui était atteinte depuis six ans de convulsions rythmiques de la tête. « Quand elle était couchée sur le dos, dit l'auteur anglais, sa tête se portait alternativement d'un côté à l'autre; quand elle était couchée sur un côté, celui qui n'était pas appuyé sur l'oreiller était agité de violentes vibrations. »

Fournier (2) a vu un exemple de convulsions rythmées du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit dans lequel la face était brusquement tournée à gauche et l'occiput entraîné vers l'épaule droite de 20 à 30 fois par minute. Ce spasme s'arrêtait dans le lit et même dans la position assise, quand la tête était fixée sur un oreiller.

L'action frénatrice résultant de l'excitation de certains points du corps souvent fort éloignés du siège du spasme est, elle aussi, un phénomène inexplicable, quoique fréquemment observé dans les spasmes convulsifs liés à l'hystérie.

La compression ovarienne suffit, dans un bon nombre de cas, pour faire disparaître temporairement les accidents hystériques les plus dissemblables. Toutefois, les zones frénatrices peuvent siéger en dehors des régions ovariennes. Chez notre malade, la compression des ovaires, qui arrête fort bien les attaques convulsives, ne modifie pas le spasme rythmique. Ce spasme est au contraire arrêté par la pression de la colonne vertébrale au niveau de la cinquième vertèbre dorsale. Pourquoi? J'avoue que je l'ignore complètement. Mais, au point de vue du diagnostic, la découverte d'une zone frénatrice, où qu'elle se trouve placée, a une importance sérieuse, car, d'ordinaire, les accidents qui peuvent être modifiés ou suspendus à volonté par le seul fait de la pression de zones périphériques, sont des accidents de nature hystérique.

Au lieu d'être persistants comme dans le cas que nous venons d'étudier, les spasmes rythmiques localisés peuvent être intermittents, c'est-à-dire se montrer sous forme d'accès plus ou moins longs, séparés par des intervalles de repos complet.

Exemple : M. Folet (de Lille) a rapporté l'observation d'une jeune femme de 28 ans présentant tous les attributs de l'hystérie; mais n'ayant cependant jamais eu de grandes attaques convulsives, qui devint sujette, dès l'âge de 14 ans et à la suite d'une frayeur très vive, à des crises de spasmes rythmiques qui se renouvelaient tous les ans et duraient de cinq à quinze jours.

Dans chacune de ces crises, elle avait tous les jours plusieurs accès de quatre à cinq heures de durée, pendant lesquels des secousses convulsives du trapèze et des autres muscles élévateurs des omoplates se répétant régulièrement de 75 à 150 fois par minute, provoquaient des haussements d'épaules tout à fait incommodes. Ces secousses cessaient pendant le sommeil et elles disparaissaient complètement pendant les courts intervalles des accès et dans les intervalles beaucoup plus prolongés des crises annuelles (1).

(A suivre.)

(1) R. Hunter. EDINBURG MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, t. XXIII.

(2) *Quelques considérations sur le tic rotatoire.* — Th. de doct. Strasbourg, 1870.

(1) Folet. *Convulsions rythmiques des deux épaules de nature hystérique.* — BULLETIN MÉDICAL DU NORD, mars 1872.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DU RÔLE ÉTIOLOGIQUE DE LA CONTUSION DANS LE DÉVELOPPEMENT DES NÉOPLASMES, par M. EDMOND BLANC (de Lyon), chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les traumatismes jouent-ils un rôle dans la genèse des tumeurs? Après avoir soulevé de longues discussions et reçu tour à tour les solutions les plus diverses, cette question reste aujourd'hui plus que jamais à l'ordre du jour, ainsi qu'en témoignent les nombreux travaux qu'elle a récemment suscités.

Résumons rapidement avec Le Clerc (2) les notions historiques sur ce point de la doctrine chirurgicale.

Accepté par les anciens, courageusement défendu par Boerhaave, par Velpeau surtout, dont la thèse d'agrégation fit époque dans l'histoire de la contusion, le rôle des traumatismes fut considéré par beaucoup de chirurgiens modernes comme une cause banale, sur l'importance de laquelle il est difficile de se prononcer.

Broca, entre autres, s'élève avec force contre cette croyance. La contusion dit-il « n'est qu'une cause occasionnelle qui, en éveillant de la douleur, attire l'attention des malades sur le point frappé, et leur dévoile l'existence d'une petite tumeur jusqu'alors indolente et inaperçue ».

Après une réaction ardente, on revient de nos jours aux idées anciennes, mais on s'efforce de les préciser. Verneuil surtout s'est attaché à rendre à la contusion le véritable rang qui lui convient dans l'étude de la genèse des tumeurs. L'éminent professeur estime que le traumatisme peut faire apparaître des tumeurs solides, par suite d'une déviation extrême du travail réparateur, et cela suivant un mécanisme sur lequel nous aurons à revenir.

Les élèves de Verneuil partagent ses convictions, et P. Berger (Th. d'agrégation, 1875), s'exprime en ces termes nets et précis : « La participation que prend le traumatisme dans la production du cancer me paraît d'une éclatante évidence ».

J. Paget reconnaît volontiers que les influences extérieures doivent être mises en balance dans l'appréciation des causes occasionnelles des tumeurs.

Estlander admet, lui aussi, le bien fondé de cette croyance « passée avec le temps à l'état de dogme ».

(2) *Contusion et néoplasmes.* — Thèse de Paris, 1883.

Seul, Winiwarter considère comme « ancienne et dénnée de preuves l'opinion relative à l'origine traumatique du cancer mammaire ».

Comme on le voit d'après ce court aperçu historique, l'opinion des chirurgiens actuels est à peu près unanime : la contusion n'est pas une cause banale, mais elle a une action évidente, un rôle étiologique sérieux, indiscutable, avéré.

Nous ne nous arrêterons pas à combattre l'opinion de ceux qui veulent n'admettre qu'une simple coïncidence ou une tumeur préexistant au traumatisme. La coïncidence, comme on l'a fait très justement remarquer, est un mot qui ne dit rien à l'esprit; et, d'autre part, affirmer que la tumeur existait déjà, c'est raisonner *a priori* et avancer un fait dénué de toute preuve.

Nous admettons donc la contusion comme une cause démontrée. Mais là s'arrêtent nos connaissances précises, et si nous voulons nous rendre compte du mode d'action intime de cette cause, nous nous trouvons en face d'un problème qui est loin d'être résolu.

Nous n'avons, en effet, aucune observation directe sur l'ensemble du processus qui préside à la formation de la tumeur; ici s'ouvre le champ des hypothèses.

Velpeau fait jouer le rôle principal aux modifications subies par le sang épanché; il a développé cette théorie dans plusieurs passages de son traité des tumeurs du sein. On y lit en effet ces lignes : « Comment affirmer que quelques-unes des tumeurs n'ont pas eu pour cause première un peu de sang épanché ou infiltré dans le sein? » (page 171).

Et plus loin (page 509) : « Je suis porté à croire que le cancer a parfois pour origine un caillot, une parcelle de matière plastique ou hématique exsudée...

« J'ai vu des pelotons variqueux se transformer en une masse du volume d'un œuf, et le sang renfermé dans leurs vacuoles se concréter, se durcir à tel point qu'une fois extirpées, ces tumeurs donnaient une coupe homogène d'un noir roussâtre, semblable à celui de la truffe; il n'était pourtant pas douteux qu'elles ne fussent formées par du sang dénaturé ou transformé...

« Il n'est pas enfin jusqu'aux tumeurs franchement hématiques, encore molles ou pultacées, dans lesquelles l'inspection simple n'ait indiqué du tissu cérébriforme. »

Pour Velpeau, l'absorption joue un rôle important. Tantôt elle n'enlèverait que la sérosité pure ou chargée de quelques globules et le caillot resterait inattaqué; tantôt il le serait, mais partiellement, cédant dans un cas sa fibrine, dans un autre ses globules exclusivement. Enfin, fibrine et globules, en un mot la masse solide persistante, se transformerait en tumeurs fibreuses, sarcomateuses, cancéreuses.

La tumeur, dans cette théorie, serait donc une transformation directe des liquides épanchés.

Verneuil (article *Contusion* du Dict. Dechambre), ne croit guère à la réalité de ce processus, et y voit plutôt des conceptions de cabinet que le résultat d'une observation directe suffisante. Il comprend d'une toute autre façon le mécanisme de la contusion. Pour lui, les matières épanchées jouent tout au plus le rôle de cause excitante et provocatrice; la tumeur a pour unique origine les parois du foyer, devenues le siège d'un travail réparateur anormal. L'enveloppe accidentelle formée autour de l'épanchement est constituée par des éléments jeunes du tissu conjonctif, noyaux, cellules embryoplastiques et fibro-plastiques; or, au lieu de disparaître ou de s'organiser en tissu fibreux, cet exsudat peut vivre et s'accroître à la manière des kéloïdes cicatricielles ordinaires et former des masses plus ou moins volumineuses offrant les caractères cliniques, la marche, le pronostic du sarcome fibro-cellulaire.

En somme, pour Verneuil, l'épanchement sanguin fait l'office de corps étranger, d'épine irritative, dont la présence prolongée au-delà de certaines limites, détermine dans les parties ambiantes restées saines une réaction. La cicatrisation peut être simplement l'effet du travail régénérateur, ou bien ce travail, manquant de régularisation, détourné au profit d'une diathèse en puissance, dépassera les limites qu'il devait atteindre; la prolifération continuera, une tumeur sera constituée. Nous venons de prononcer le mot diathèse : c'est là, en effet, un élément nouveau, d'une importance considérable, sur lequel Verneuil a en le mérite d'attirer l'attention, montrant par de nombreux exemples que les néoplasmes se développent de préférence sur des malades de forte constitution, des arthritiques (Revue de chirurgie, 1884. Congrès de Copenhague, 1884).

Deux théories sont donc en présence pour expliquer le mode d'action du traumatisme : celle de Velpeau, qui considère le néoplasme comme une émanation directe, une transformation *in situ*, du sang épanché; et celle de Verneuil, qui ne voit au contraire dans la tumeur nouvelle qu'un mode réactionnel particulier des tissus irrités, chez un individu prédisposé par une diathèse, l'arthritisme. A laquelle de ces deux opinions convient-il de se rattacher, de par l'observation clinique et histologique?

Le fait suivant, tiré de la pratique de notre maître, M. le professeur Poncet, nous semble éclairer de quelque lumière ce point encore obscur :

Observation. — *Contusion violente. — Hématome intra-musculaire de l'avant-bras. — Transformation sarcomateuse. — Ablation. — Récidive.*

C..., tailleur, 40 ans. Père mort à 69 ans d'une attaque d'apoplexie; il était hémorrhoïdaire. Sa mère a toujours joui d'une bonne santé. Sept frères et sœurs, dont une morte phtisique.

Le malade n'accuse aucun antécédent pathologique, si ce n'est une fièvre typhoïde contractée à l'âge de 4 ans. Actuellement âgé de 40 ans, il en paraît bien avoir au moins 50. Très sujet aux migraines, il est atteint depuis quelques années d'une alopécie frontale assez accentuée.

Il y a dix-huit mois, voulant soulever un très lourd fardeau, sous le poids duquel il céda, il en reçut un choc violent à la partie supéro-externe de l'avant-bras gauche. La douleur fut sur le coup très violente, et il avait au niveau du point traumatisé comme la sensation d'une déchirure profonde. Le bras fut toute la journée endolori, mais le blessé n'y fit pas davantage attention, et n'eut pas même la curiosité d'examiner la région atteinte. Mais, au bout de quelques jours, la douleur persistant encore, et devenant même plus forte, l'attention de notre malade fut forcément attirée du côté de son avant-bras, où il constata la présence d'une tumeur, située au tiers supérieur de la partie externe, du volume d'un œuf, ovoïde, à grand axe parallèle à celui du membre; elle remontait jusqu'au pli du coude. Au niveau de sa partie moyenne la plus saillante, la circonférence du membre mesurait 1 centimètre et demi de plus que celle du côté opposé.

Tumeur dure, un peu douloureuse à la pression, mobile sur les parties profondes; légère ecchymose. Pendant quelques mois, elle resta stationnaire. De temps à autre, surtout quand le malade avait manié l'aiguille, le pouce et l'index étaient pris de crampes l'obli-

geant à suspendre son travail. Notons aussi dans les derniers temps des fourmillements à la partie dorsale des poignets, ainsi qu'à la moitié externe du dos de la main, de la face dorsale du pouce, de l'index et de la moitié externe du médius, en un mot dans toute la sphère de distribution du radial.

Pendant quatre mois, le malade, confié aux soins d'un médecin qui lui avait promis de faire disparaître sa tumeur, fut soumis au traitement suivant : cataplasmes de farine de lin et frictions à l'eau sédative, dont le seul résultat fut de déterminer une vive irritation de la peau et des souffrances plus grandes.

Cependant la tumeur ne faisait pas de progrès ; seules les douleurs spontanées nocturnes compliquaient la scène. Mais, ces derniers mois, le mal commença à prendre une marche plus rapide, augmentant de volume, déterminant une gêne plus considérable du membre. Le malade, décidé à une opération, s'adresse à M. le professeur Poncet (juillet 1884).

La tumeur est de la grosseur d'une orange, de forme ovalaire ; elle mesure 8 cent. sur 6. A son niveau, la circonférence du membre est augmentée de 2 cent. 1/4, comparativement au côté sain. Peau normale. La tumeur est mobile sur les parties profondes, mais seulement quand la masse des muscles épicondyliens est dans le relâchement.

Douleurs à la pression, plus particulièrement vives à la partie supéro-externe de la tumeur. Consistance ferme ; pas de fluctuation.

Opération le 2 juillet 1886. — Incision cruciale. Pour mettre à nu la tumeur, on est obligé de couper des fibres du radial externe, dans lequel elle est tout entière contenue. Isolée, elle apparaît entourée de toutes parts d'une capsule fibreuse blanchâtre ; le palper y reconnaît une fluctuation manifeste, de telle sorte qu'on croit être en présence d'un kyste à contenu liquide avec faible tension. Mais l'incision donna issue à une substance pulpeuse, mollasse, cérébriforme, blanc grisâtre, mélangée de quelques parties solides et d'un peu de sang ; son liquide s'est coagulé. La résection de la poche est achevée avec le plus grand soin à l'aide du bistouri et des ciseaux. Elle a des connexions intimes avec les fibres musculaires du premier radial, qui l'enserrent comme d'un filet à fines mailles et surtout avec les fibres aponévrotiques Profondément elle touche la face antérieure de l'articulation du coude, mais les plans fibreux qui entourent cette dernière ne sont pas encore atteints.

La paroi postérieure de la poche, celle qui repose sur les muscles profonds, est percée d'une ouverture de 1 cent. de diamètre, faite comme à l'emporte-pièce.

Les parois de la poche sont d'épaisseur variable : ici très minces et comme prêtes à se rompre (ceci s'observe surtout à la partie profonde), là, plus épaissies et allant jusqu'à plusieurs millimètres de diamètre. La face interne est tapissée de stratifications, rappelant l'aspect des poches de vieilles hématocèles ou d'hygromas chroniques ; les cloisons divisent la cavité principale en trois ou quatre cavités secondaires. Sigoaloos encore sur les parois la présence de dépôts pigmentés brun-noirâtres, provenant évidemment des modifications du liquide sanguin.

Réunion par première intention ; le malade part chez lui au bout de quelques jours, son bras en écharpe, et reprend peu à peu son travail.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué après durcissement dans l'alcool et coloration au picro-carmin par le docteur Leclerc, chef de clinique, dans le laboratoire de M. le professeur Renaut, a révélé les particularités suivantes :

1o Amas de cellules petites, rondes, dont le noyau se colore bien et qui ont tous les caractères des cellules embryonnaires. Ces cellules composent la plus grande partie de la tumeur. Toutefois, en plusieurs points, on trouve des cellules déjà un peu moins rondes ; quelques-unes sont même allongées et fusiformes ;

2o Dans ces derniers points, il existe un élément nouveau insinué entre les cellules : ce sont des fibres légèrement colorées en rose, assez ténues. Ces fibres conjonctives prédominent avec les cellules fusiformes en quelques points, rares du reste.

Ainsi, la tumeur est par places uniquement sarcomateuse ; en d'autres, fibro-sarcomateuse.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie pratique

Un nouveau procédé opératoire pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, par le professeur G. Kœnig, de Gœttingue (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 10, p. 177).

M. Kœnig a imaginé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, un nouveau procédé opératoire qu'il a employé un assez grand nombre de fois dans le courant de cette année. Il est arrivé à cette conviction que ce procédé est supérieur à tous ceux usités jusqu'à ce jour. Il a donc jugé que le moment était venu de porter son innovation à la connaissance des chirurgiens.

M. Kœnig se place dans le cas typique d'une tumeur fibroïde ayant son point d'implantation sur la base du crâne. La portion du néoplasme, qui a envahi la cavité naso-pharyngienne, atteint le volume d'un œuf de pigeon ; il en part plusieurs bourgeons volumineux qui font saillie dans les fosses nasales et que l'on découvre, à l'inspection de ces cavités, sous forme de polypes. Voici comment M. Kœnig procède en pareilles circonstances, pour extirper la tumeur :

Avec les ciseaux, il incise le nez le long du dos de cet appendice, en dirigeant l'incision de manière à pénétrer dans celle des deux fosses nasales dans laquelle les excroissances polypeuses paraissent s'être développées avec le plus d'exubérance ; en cas d'erreur, il sera toujours facile de pénétrer dans la fosse nasale située du côté opposé à celui de l'incision. Les lèvres de la plaie nasale sont ensuite maintenues écartées avec deux crochets ; cette manœuvre, en même temps qu'elle agrandit l'ouverture pratiquée par l'instrument tranchant, a aussi pour résultat d'arrêter l'hémorrhagie.

Puis l'opérateur introduit un doigt à travers cette ouverture, dans le but d'explorer le calibre de la fosse nasale. En cas d'insuffisance de la lumière de ce conduit, ce qui n'arrive pas habituellement, on en sera quitte pour tenter l'extirpation de la tumeur par l'autre fosse nasale. Tout à fait exceptionnellement sera-t-on contraint de procéder à une des opérations préalables bien connues sur le squelette osseux, avant de procéder à l'extirpation des polypes : c'est là un avantage sur lequel M. Kœnig insiste d'une façon spéciale.

L'opération proprement dite commence à partir de là. Pour l'ablation du néoplasme, M. Kœnig se sert d'une cuiller *à la fois très grande, très forte, pas très tranchante*. L'essentiel est que l'instrument soit muni d'un manche en métal, long et flexible, fixé lui-même à un manche en bois qui puisse être saisi vigoureusement et à pleine main. La cuiller elle-même doit être assez grande pour remplir le canal nasal dans toute sa largeur, de telle sorte que les tumeurs attaquées par derrière et refoulées en avant ne puissent s'échapper latéralement. Il faudra donc avoir à sa disposition un certain nombre

de cuillers de différentes grandeurs, en rapport avec les dimensions variables que présentent les fosses nasales chez différents sujets.

La cuiller est introduite dans l'ouverture de la plaie, maintenue en l'air; on la pousse en avant en l'appuyant sur le plancher de la fosse nasale. En même temps, l'index de la main restée libre est introduit en arrière du voile du palais du patient; il ira au-devant de la cuiller, pour la diriger ensuite en arrière de la portion pharyngée du néoplasme. Ces manœuvres devront être exécutées avec une énergie en rapport avec le volume et la consistance de la tumeur. On fera ensuite basculer la poignée de l'instrument de haut en bas, de manière à soulever la cuiller et à la fixer solidement contre le lieu d'implantation du néoplasme, qu'on essayera de détacher par de vigoureux efforts de traction.

La réussite de cette tentative se révèle par une cessation momentanée de la résistance qu'oppose la tumeur. Mais sitôt que celle-ci a pénétré dans la fosse nasale, la résistance reparaît; on procède ensuite à l'extraction finale. M. Kœnig a soin de prévenir qu'on ne réussit pas toujours du premier coup à détacher complètement la tumeur de son siège d'implantation. Il faut alors introduire à nouveau la cuiller et recommencer les manœuvres déjà décrites.

Une fois que la tumeur a été attirée jusque dans la fosse nasale, on peut se servir d'une pince américaine, pour le dernier temps de l'opération. Dans les circonstances favorables, on réussira à extraire par une même fosse nasale les excroissances qui font saillie dans les deux cavités du nez. Souvent cette tentative échoue ; on introduit alors les pinces américaines dans l'autre fosse nasale, pour essayer d'extraire les excroissances qui en occupent le fond, par voie directe. En cas d'échec de cette seconde tentative, il ne restera plus qu'à opérer l'extraction avec la cuiller. Pour cela, au moyen de ciseaux dont les deux branches seront introduites respectivement dans les deux narines, la partie membraneuse de la cloison sera détachée de la voûte du nez. On pourra ainsi utiliser l'incision pratiquée au début, pour pénétrer avec la cuiller dans l'autre fosse nasale.

Naturellement l'opération sera entourée de toutes les précautions destinées à assurer une complète asepsie. Une fois l'opération terminée, on fera dans l'arrière-gorge un lavage avec une solution d'acide salicylique ; on tamponnera la cavité naso-pharyngienne avec de la gaze iodoformée, introduite à travers le nez, et qui assurera à la fois l'antisepsie et l'hémostase. D'ailleurs, chez aucun de ses opérés M. Kœnig n'a vu survenir d'hémorrhagie secondaire. Les lèvres de la plaie cutanée sont ensuite recousues soigneusement, après réunion du septum avec le dos du nez, s'il y a lieu.

Il va de soi que ce procédé opératoire ne saurait suffire dans les cas de polypes naso-pharyngiens très volumineux, avec ramifications dans les sinus maxillaires et dans les fosses ptérygo-palatines ; en pareils cas, néanmoins, son emploi rendra des services, pour opérer l'ablation de la partie naso-pharyngienne du néoplasme.

En résumé, le procédé opératoire de M. Kœnig permet, au dire de l'auteur, d'atteindre en quelques minutes, sans opération préalable importante, un résultat qu'avec les autres procédés on n'obtient qu'au bout d'un temps assez long, et souvent pas du tout.

L'emploi de la cuiller, ajoute M. Kœnig, rend également de bons services, dans les cas de polypes muqueux de grandes dimensions, directement implantées sur les parois des fosses nasales, et ayant poussé des ramifications vers le pharynx. En une seule fois, on réussit souvent à détacher toutes les excroissances polypeuses qui garnissent l'excavation naso-pharyngienne.

E. Ricklin.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

L'anthrarobine, un nouveau médicament pour le traitement des affections cutanées, par le docteur G. Behrend. (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, n° 3, p. 101.)

Le professeur Liebermann (de Berlin) a isolé une substance qui, au point de vue de sa constitution chimique, ne diffère pas sensiblement de la chrysarobine. Il lui a donné le nom d'*anthrarobine*. Telle qu'on la trouve actuellement dans le commerce, cette substance se présente sous la forme d'une poudre à grains un peu gros, d'un blanc jaunâtre. Déposée sur la muqueuse du nez, cette poudre y développe une sensation spéciale d'irritation. On l'incorpore facilement dans les matières grasses. Elle se dissout dans la glycérine à chaud (température voisine de 100°), dans un mélange de glycérine froide et d'alcool bouillant (10 + 5), elle est à peu près insoluble dans l'eau, mais elle se dissout dans dix parties d'une solution de borax.

M. Behrend, à qui M. Liebermann avait remis des échantillons d'anthrarobine, pour les faire servir à des essais thérapeutiques, a eu recours à des applications topiques du nouveau médicament, dans des cas de psoriasis, d'herpes tonsurant, d'érythrasma. L'anthrarobine était appliquée en pommade, en solution alcoolique ou en glycérolé. Voici les principales formules des prescriptions employées pour ces essais :

1° Rec. Anthrarobine	10	parties.
Huile d'olives	30	—
Lanoline	60	—

M. — Pour une pommade.

Ou encore, quantité double (20) d'anthrarobine pour parties égales (40) d'huile d'olives et de lanoline, de manière à obtenir une pommade à 20 0/0.

2° Rec. Anthrarobine	10	parties.
Huile d'olives	15	—
Axonge de porc	75	—

M. — Pour une pommade.

Ou encore, quantité double (20) d'anthrarobine, 20 parties d'huile d'olives et 60 parties d'axonge de porc.

3° Rec. Anthrarobine	10	parties.
Alcool	90	—

Faire dissoudre.

Pour obtenir une solution à 20 0/0, faire dissondre l'anthrarobine en soumettant l'alcool à l'ébullition.

4° Rec. Anthrarobine	10	parties.
Glycérine	80	—

Faire dissoudre en chauffant.

L'usage externe de l'anthrarobine a pu être continué pen-

dant des semaines, sans occasionner ni démangeaisons, ni inflammation locale, même quand le topique était appliqué sur les paupières et sur la figure. Immédiatement après une application, les malades éprouvent une sensation de brûlure, qui peut persister pendant plusieurs heures, mais qui est en somme très tolérable. Voici maintenant les résultats des essais thérapeutiques de M. Behrend :

Psoriasis. — Malades traités, 15, dont 3 n'ont pas continué le traitement jusqu'au bout, après en avoir retiré de l'amélioration. L'anthrarobine était appliquée tantôt en pommade, tantôt en teinture alcoolique, après enlèvement des squames de psoriasis. Il s'est fait voir que, dans ses formes initiales, le psoriasis guérissait déjà après 4 à 7 applications de chrysarobine. Lorsque, par contre, les efflorescences avaient atteint leur plein développement, la guérison n'était obtenue qu'au bout de trois à quatre semaines. Des essais parallèles faits sur 5 malades, au moyen d'applications simultanées de chrysarobine et d'anthrarobine, ont montré que le second médicament avait une action curative beaucoup plus lente.

Herpès tonsurant. — Les cas traités, au nombre de 17, se répartissent ainsi : 2 cas d'herpès tonsurant maculeux, 8 cas d'herpès tonsurant de la barbe, 1 cas d'herpès tonsurant de la tête. Guérison sur toute la ligne, sans que, dans les cas d'herpès tonsurant de la barbe, il se soit développé du sycosis parasitaire.

Erythrasma.—L'anthrarobine a été mise à l'essai dans un un cas d'érythrasma des parties génitales, et dans un autre cas où la dermatose siégeait au cou, dans les creux axillaires et aux plis des coudes. Dans les deux cas, la guérison a été obtenue au bout de quinze jours de traitement.

M. Behrend conclut en fin de compte, qu'au point de vue de l'intensité de l'action curative, l'anthrarobine cède le pas à la chrysarobine, mais l'emporte sur l'acide pyrogallique. Elle a sur la première l'avantage de ne pas provoquer de dermatite au lieu d'application, et de pouvoir, par conséquent, être employée contre les dermatoses de la face et des parties génitales. Elle n'expose pas non plus, comme l'acide pyrogallique, à des accidents généraux. Enfin son prix de revient est moins élevé.

On renforce sensiblement l'action curative de l'anthrarobine, en faisant précéder les applications de ce topique de frictions au savon noir ou à l'esprit de savon de potasse, ce qui a pour effet d'oxyder l'anthrarobine.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Dr C.-A. Ewald, Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion. Première partie : *Physiologie de la digestion*, traduite, sur la deuxième édition, par J. Dagonet et Schuman-Leclercq, avec une préface du Dr Quinquaud, 1 vol. in-8o de 245 pages, Paris, 1888, Delahaye et Lecrosnier, éditeur.

L'étude des maladies du tube digestif revient à l'ordre du jour. Après les exagérations de Broussais, qui faisait en quelque sorte pivoter la médecine tout entière autour des gastrites, une réaction se produisit. Et, comme dans toute réaction, on dépassa le but. De même que l'abus des émissions sanguines fit oublier les services des saignées sagement, judicieusement et modérément pratiquées, de même le rôle prépondérant et excessif qu'on avait attribué à l'influence des fonctions de l'estomac sur la pathologie tout entière fut, par un retour naturel sinon rationnel des choses d'ici-bas, réduit presque au-dessous de rien ; les doctrines médicales semblent elles aussi obéir à cette loi de la pesanteur qui accélère la chute d'un corps d'autant plus qu'il part de plus haut et en augmente l'effet en vertu de la vitesse acquise.

Aujourd'hui, nous assistons à une espèce de rebondissement légitime de la pathologie stomacale tendant à reprendre la place qui lui revient dans le cadre morbide.

Un des plus acharnés adversaires de Broussais, Chomel, commença cette œuvre de réparation en publiant, en 1857, l'année même qui précéda sa mort, son traité sur les dyspepsies. En 1862, parurent le livre de Bayard sur les maladies de l'estomac et celui de Nonat sur les dyspepsies, qui était suivi, deux ans après, du traité de Guipon sur le même sujet. C'est en 1866, après la mort de Beau, que parut son traité de la dyspepsie. Cet esprit brillant, d'une imagination éclatante, mais souvent paradoxal, a séduit des générations entières d'élèves sans laisser dans la science un monument aussi durable que ses qualités l'auraient fait espérer. Beau, dans ce livre posthume, essaya, de son côté, de relever le rôle des maladies de l'estomac, et, sous une autre forme que Broussais, assigna aux dyspepsies une influence considérable.

Mais l'indifférence continuait à régner. En vain quelques étrangers, l'anglais Brinton entre autres, consacrent-ils de sérieuses études aux maladies de l'estomac, le courant ne s'établit pas encore. N'est-il pas étonnant, disait alors, en 1870, Lasègue, en présentant dans une brillante préface le livre de Brinton (dont le docteur A. Riant venait de donner une traduction française), « que l'estomac, notre voie favorite d'absorption, en contact avec tant de produits médicamenteux, soumis à tant d'expériences poursuivies dans les conditions et durant les maladies les plus diverses, soit encore pour le thérapeutiste un organe si peu connu ? »

Néanmoins, en 1874, M. Damaschino fit son cours sur les maladies des voies digestives ; puis M. Leven chercha à reprendre en main des armes qui paraissaient émoussées. La vogue ne venait pas vite ; et cependant, lors du concours d'agrégation de 1878, la question des *dyspepsies* avait été posée et elle était échue au docteur F. Raymond. En 1883, M. Audhoui publie son livre sur les maladies de l'estomac. Mais c'est surtout depuis les travaux de MM. Bouchard et Germain Sée que l'attention s'est enfin portée, éveillée plus que jamais, sur le rôle important que joue le tube digestif dans la vie humaine. Les travailleurs se sont mis à l'œuvre. La récolte va commencer.

Le livre du docteur C.-A. Ewald, professeur à l'Université de Berlin, dont MM. Dagonet et Schuman-Leclercq ont entrepris la traduction, a d'assez hautes visées.

Le premier fascicule seul a paru. Il comprend la *Physiologie de la digestion*, et c'est le docteur Quinquaud qui s'est chargé d'y mettre une préface. Dans cette première partie, on trouve décrits : la digestion dans ses rapports avec les actes nutritifs, les ferments, la mastication, les glandes salivaires, la salive, la déglutition, l'estomac (suc gastrique, peptone, ferment lab, fermentation); les troubles de la digestion ; le chyme, la bile, le suc pancréatique, les lésions du

pancréas, l'intestin et les glandes ; on y trouve un résumé de diététique, enfin le procédé d'Ewald, pour explorer les altérations du chyme stomacal, procédé que l'auteur appelle méthode d'expression et qu'il décrit dans sa douzième leçon.

M. Ewald, pour recueillir le contenu de l'estomac une heure après le déjeûner, emploie un tube mou en caoutchouc, la sonde de Nélaton. La pression produite par la contraction des muscles de l'abdomen, et qui est facile à exagérer par la toux, suffit pour que le chyme s'écoule par le tube, dépassant de 6 à 10 centimètres l'orifice buccal du malade. « La sonde, outre un orifice latéral assez large et cinq à six plus petits et de la grosseur d'une tête d'épingle, doit être ouverte à son extrémité inférieure. On fait avaler cette sonde au malade, sans qu'il soit nécessaire d'introduire le doigt dans la bouche ; on porte directement la sonde jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, puis on dit de déglutir et l'on pousse la sonde : elle descend ainsi, presque d'elle-même, dans l'estomac. » Près de mille expériences, faites avec le concours du docteur Boas, ont conduit M. Ewald aux résultats suivants :

« La *digestion* stomacale présente trois phases distinctes : Dans la *première* phase, qui apparaît très rapidement et dure environ trente minutes, on ne trouve que de l'*acide lactique*. Dans la *seconde*, il y a de l'*acide lactique* et de l'*acide chlorhydrique*. Enfin, dans la *troisième*, qui commence parfois déjà à la trentième minute, mais qui est absolument nette après soixante minutes, il n'existe que de l'*acide chlorhydrique* ou du moins si peu d'acide lactique, qu'on ne peut le reconnaître par les réactions que je vous ai indiquées. L'acidité du liquide filtré correspond à 0,15, à 0,22 p. 100 HCl.

Si l'on a affaire à une digestion pathologique, ces phases ne sont plus les mêmes. Au bout d'une heure, on constate encore dans le chyme de l'acide lactique avec de l'acide chlorhydrique, ou même de l'acide lactique exclusivement. On trouve aussi des acides gras ; la digestion de l'amidon qui doit être, à cette période, transformé dans les différentes sortes de dextrines et de sucres, est beaucoup moins parfaite. »

Il y a sept ans, M. Ewald terminait ses leçons sur la digestion par ces paroles : « Il reste encore beaucoup à faire ; nous avons devant nous un terrain ouvert à nos travaux. Le meilleur résultat de ces leçons serait d'exciter chez vous un intérêt plus vif pour cette branche si importante de notre science. » Et il ajoute, dans la deuxième édition : « Ce souhait aujourd'hui est bien rempli. De nombreux chercheurs, des physiologistes et des pathologistes, ont approfondi, pendant ces dernières années, avec une ardeur extrême, cette étude de la digestion, et, à part la bactériologie et ses triomphes éclatants, aucune autre branche de la science n'a réussi à accaparer autant l'intérêt général. Que l'on consacre maintenant des efforts semblables à la pathologie de la digestion, et le médecin ne pourra plus se plaindre, comme il en a encore le droit, de l'insuffisance du diagnostic et de la thérapeutique dans la pathologie des voies digestives. »

Puissent ces belles espérances se réaliser dans un prochain avenir !

En résumé, dirons-nous avec M. Quinquaud, l'ouvrage d'Ewald est un excellent livre qui résume l'état actuel de la science allemande sur la physiologie clinique et histologique des voies digestives ; toutefois désirerait-on y voir accorder une plus grande place aux travaux français, tels que ceux de Laborde, de G. Sée, de Bouchard, de Duclaux, de Vignal et Malassez, de Dujardin-Beaumetz, de Ranvier, etc. « Malgré ces légères critiques de détail, nous ne saurions trop en recommander la lecture aux médecins français qui ne veulent pas rester en arrière du progrès scientifique. »

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BULLETIN

Corollaires thérapeutiques de la pathogénie microbienne des maladies. — Des injections intra-utérines d'eau chaude au sublimé avant la délivrance. — La question d'assainissement de la Seine devant le Conseil d'hygiène publique et de salubrité.

Dans la leçon d'ouverture de son cours, consacré cette année à l'étude thérapeutique des maladies infectieuses chroniques, M. le professeur Bouchard, constatant une fois de plus la révolution accomplie en médecine par les découvertes de M. Pasteur, s'est attaché à faire ressortir quelques-uns des corollaires thérapeutiques qui découlent des notions nouvelles sur la pathogénie des maladies infectieuses.

Il a rappelé tout d'abord le bénéfice que la chirurgie en a retiré pour la prophylaxie de ces mêmes maladies, et la véritable transformation qu'elle a subie. Mais ce n'est pas tout : la chirurgie ne se borne pas à prévenir l'infection ; elle attaque l'agent infectieux quand il a envahi l'économie, et c'est ainsi qu'elle fait chaque jour de nouvelles conquêtes. Mais ces conquêtes, il faut le reconnaître, restreignent d'autant le champ d'action de la médecine, de telle sorte que les anciens rapports entre la chirurgie et la médecine sont absolument modifiés, et que, si nous avons assisté à une époque, encore toute récente, où l'on pouvait recommander aux chirurgiens d'être *un peu* médecins, nous touchons à une autre où l'on devra conseiller aux médecins d'être *beaucoup* chirurgiens, et cela, non seulement dans leur propre intérêt, mais dans l'intérêt des malades. M. Bouchard donne déjà ce conseil et le justifie par deux faits tirés de sa propre pratique, et qui démontrent les avantages considérables pour les malades d'être traités par des praticiens joignant à des connaissances médicales solides la hardiesse et l'habileté chirurgicales.

L'adjonction d'un chirurgien à un médecin ne saurait contrebalancer la réunion des deux qualités chez un même praticien. « Je suis persuadé, dit M. Bouchard, que, dans nos services hospitaliers, il y a une différence dans la mortalité par pleurésie purulente, suivant que le chef du service est un médecin qui pratique lui-même l'empyème ou un médecin qui s'adresse au chirurgien. Tous deux reconnaissent le moment où l'intervention s'impose ; le premier l'exécute, le second envoie prier le chirurgien, qui est occupé ou qui est parti. Le chirurgien vient le lendemain, mais quelquefois le malade est mort. — Jugez, ajoute M. Bouchard, de ce qui peut se passer pour les médecins qui pratiquent loin des grands centres. »

Les nouveaux triomphes de la chirurgie ont eu pour terrain les maladies infectieuses locales ou localisées. Le lupus, les abcès froids, les gommes tuberculeuses, les tuberculoses osseuses, les suppurations des cavités normales ou accidentelles, etc., sont sortis désormais du domaine de la médecine, impuissante le plus souvent à les guérir, pour entrer dans celui de la chirurgie dont l'intervention est efficace et dont les hardiesses sont justifiées par les progrès de l'antisepsie.
A l'appui des réflexions de M. Bouchard, on peut encore citer

la gynécologie qui se transforme complétement et deviendra bientôt exclusivement chirurgicale.

La conclusion du savant professeur, c'est que « les principaux progrès accomplis en thérapeutique sont relatifs à la thérapeutique locale, laquelle le plus souvent vise des maladies infectieuses locales ou localisées, parfois aiguës, souvent chroniques », et il émet le vœu « que les médecins soient exercés à pratiquer les opérations d'urgence ».

Mais la doctrine microbienne des maladies infectieuses estelle appelée à déposséder la médecine au profit de la chirurgie, ou, en d'autres termes, si l'antisepsie locale rend de si grands services, ne peut-on rien attendre de l'antisepsie générale ? Celle-ci rencontre bien des sceptiques ; mais M. Bouchard n'est pas du nombre. Si l'on ne peut, sans danger pour le malade, tuer les microbes dont il est l'habitat, la connaissance de ces microbes et des conditions propres à leur développement, permet d'atteindre leur nutrition, de ralentir leur pullulation, d'atténuer sinon de supprimer leur virulence, de les affaiblir en un mot, de façon que l'organisme sorte victorieux de la lutte qu'il a à soutenir contre ces envahisseurs. C'est pour juger de la valeur de cette thérapeutique antiseptique générale que M. Bouchard a entrepris cette année l'étude thérapeutique des maladies infectieuses chroniques. Poursuivie par le savant professeur, cette étude ne peut être que féconde.

— Dans un ordre d'idées analogue à celui qui précède, certains accoucheurs, entre autres M. Vincent (de Lyon), tendent à supprimer la délivrance artificielle et à provoquer les contractions utérines, par suite l'expulsion du placenta, par des injections vaginales ou intra-utérines d'eau chaude au sublimé. MM. Berne et Bouchacourt, dans la discussion qui a suivi la communication de M. Vincent à la Société nationale de médecine de Lyon, approuvent la règle de conduite de leur confrère, sur laquelle MM. Poullet et Diday font quelques réserves. M. Vincent, forçant un peu la note, a interdit formellement la délivrance artificielle dans son service de la Charité. Celle-ci ne doit être pratiquée que lorsqu'il y a un danger imminent, comme une hemorrhagie grave, cas rare, pour lequel M. Vincent n'a eu à intervenir que trois fois. Or, depuis quatre ans, il a noté dans son service 2 ou 3 cas de fièvre et pas un décès.

Les injections sont faites avec une sonde en verre qu'il est facile d'entretenir aseptique ; elles sont renouvelées toutes les trois ou quatre heures ; elles sont dirigées, suivant les cas, sur le col ou dans la cavité utérine ; la température de l'eau est de 45 à 50°.

Si la délivrance tarde à se faire, et qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie abondante, on ne doit pas se préoccuper. Le placenta peut séjourner de quelques heures à plusieurs jours sans qu'il y ait infection, grâce à l'antisepsie. Il faut avoir soin, pour empêcher l'entrée de l'air dans les sinus utérins, de n'introduire la sonde qu'après avoir chassé complètement l'air qu'elle contient. On doit aussi, il va sans dire, assurer et rendre facile l'écoulement en retour du liquide d'injection.

— Nous avons fait connaître, dans nos deux précédents Bulletins, la discussion à laquelle a été soumise la question du *tout à l'égout* et de l'assainissement de la Seine devant le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. Il restait un quatrième point à résoudre, celui de savoir s'il existe un système de vidange connu offrant moins d'inconvénients pour la salubrité publique que celui du *tout à l'égout*. Par 17 voix contre 15, sur 32 votants, le Conseil a répondu par la négative.

M. Schlœsing a plaidé éloquemment la cause du système tubulaire et, par 15 voix contre 10, le Conseil a voté l'amendement suivant : « La ville de Paris devra poursuivre l'étude de l'établissement de canalisations fermées pour l'évacuation des vidanges. »

Enfin, à l'unanimité, le Conseil a adopté l'amendement suivant, proposé par plusieurs membres : « Pour donner au nouveau système d'assainissement toute sa valeur, il est indispensable : 1° D'en hâter l'application intégrale ; 2° d'augmenter dans le plus bref délai possible les surfaces d'épandage qui sont actuellement restreintes, même après l'adjonction des terrains d'Achères ; 3° d'amener d'urgence dans Paris les eaux potables des sources nouvellement acquises par la ville. »

D'après ces résultats de la discussion devant le Conseil d'hygiene et de salubrité, la Commission du Sénat aurait, dit-on, sur la proposition du Gouvernement, décidé de demander la mise à l'ordre du jour du projet de loi immédiatement après Pâques. Cependant cette Commission ne s'était pas bornée à consulter le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ; elle avait adressé concurremment le même questionnaire au Comité consultatif d'hygiène publique de France et au Comité consultatif des arts et manufactures. Or la Commission désignée par le premier de ces Comités pour étudier la question, moins pressée que le Conseil d'hygiène publique et de salubrité, a décidé de refaire une étude détaillée du problème et demandé un délai de trois mois pour élucider les divers points qu'il présente. Il paraît difficile que le Sénat n'attende pas cette nouvelle source d'informations avant d'examiner et de discuter le projet de loi

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Création d'un institut vaccinal municipal. — La campagne entreprise depuis longtemps pour la création d'un Institut vaccinal à Paris est sur le point d'aboutir. L'Administration de l'Assistance publique a institué une commission composée de MM. Peyron, Levraud, Vaillant, Chautemps, Dubrisay, Risler, Brouardel, Proust, Du Mesnil, Lépine, Bezançon, Mourlan, Baudouin des Salles. Cette commission a entendu MM. Chauveau, membre de l'Institut, qui a fondé l'Institut vaccinal de Lyon ; Nocard, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort ; Vaillard, agrégé au Val-de-Grâce, chargé du service des vaccinations ; Chambon et Launay, vaccinateurs ; Gallois et Bouvard, architectes. Les résultats des travaux de cette commission seront prochainement soumis au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, puis au Conseil municipal.

Épidémies. — Une épidémie de variole sévit en ce moment dans l'arrondissement de Douai. C'est à l'Hôtel-Dieu que le premier cas s'est produit, sur un malade qui a importé la variole de Courcelles-les-Lens. De Douai, l'épidémie s'est étendue aux communes de l'arrondissement.

La fièvre scarlatine est venue aggraver la situation. Le lycée, et plus encore l'École normale des institutrices, ont été particulièrement atteints. Ce dernier établissement a dû être licencié.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

Hippolyte Brochin

La presse médicale vient de perdre son doyen : M. Hippolyte Brochin, rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux, a succombé dimanche soir aux suites d'une attaque d'apoplexie. Né le 13 octobre 1808, il avait près de quatre-vingts ans.

C'est dans la Gazette médicale de Paris que notre regretté confrère a fait, en 1837, ses premières armes sous la direction de Jules Guérin ; ses collaborateurs étaient Dechambre, dont la perte a été si sensible a tout le corps médical, et Diday, dont la plume fine et alerte défie l'action des années. Lorsqu'il a débuté dans le journalisme, on traversait, suivant ses propres expressions, « une époque de luttes, de tentatives avortées de systèmes, où, au milieu des hésitations et des tâtonnements, les doctrines traditionnelles semblaient à la fois un refuge et un appui pour la critique et une assise sûre pour des études et des recherches nouvelles ». Aussi, donna-t-il la préférence aux questions d'histoire et de philosophie médicales, dont l'abord lui était encore rendu plus facile par de fortes études littéraires. Plus tard, surtout lorsque, en 1854, il quitta la Gazette médicale pour prendre la direction de la Gazette des hôpitaux, c'est sur l'étude des faits, sur la clinique que se fixa toute son attention, et il a pu écrire, en 1873, dans son *Exposé de travaux et titres* à l'appui de sa candidature à l'Académie de médecine : « Presque tous les faits nouveaux qui se sont produits depuis près de vingt ans, dans les principaux services de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Paris, tous les signes, moyens et procédés propres à accroître la certitude du diagnostic, toutes les maladies nouvellement décrites, toutes les méthodes nouvelles de traitement, ont successivement défrayé la rédaction de la *Revue clinique hebdomadaire de la Gazette des hôpitaux.* »

Dans ce labeur quotidien, où il analyse, discute, et parfois critique, le journaliste met souvent du sien et concourt ainsi, non seulement à répandre, mais à faire progresser la science et la pratique. Malheureusement, les idées émises au jour le jour entrent immédiatement dans le courant commun, ne portent aucune trace de leur origine, ne font pas corps et ne constituent, pour le publiciste, aucun titre dont il puisse se recommander. Celui qui a la faculté de circonscrire le champ de son activité, de ses investigations, peut creuser plus profondément son sillon et donner plus de relief à ses travaux. C'est ainsi que Brochin, après avoir, pendant un demi-siècle, pris une part notable et incontestable au mouvement scientifique, n'a pu forcer les portes de l'Académie.

Il est vrai que, chez notre regretté confrère, la modestie, la simplicité, l'indifférence absolue pour tout ce qui touche à l'intrigue, aux coteries, égalaient l'amour du travail. Les conceptions philosophiques qui avaient dirigé ses premiers pas dans la carrière semblent aussi avoir réglé toute sa vie. Se contentant de l'*aurea mediocritas* du poète, il a vécu comme un sage entre l'accomplissement de ses devoirs d'un côté, de l'autre l'affection des siens et la respectueuse sympathie de tous ceux, sans exception, qui l'ont approché et connu.

Outre la Gazette médicale et la Gazette des hôpitaux, Brochin a collaboré aux Annales médico-psychologiques et au Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, qui lui doit plusieurs articles, entre autres ceux qui ont pour titres : *Accès, Attaques, Assistance, Aveugles, Bilieux* (état et élément), *Carphalagie, Catarrhe, Logements insalubres, Maternité, Nécropathie*, etc. Ce qui caractérise essentiellement les œuvres de Brochin, c'est une érudition de bon aloi jointe à une grande facilité de style et à une non moins grande clarté d'exposition. Il savait élucider toutes les questions qu'il abordait.

L'hygiène, qui a tellement grandi dans ces dernières années, avait aussi occupé notre confrère. Membre du Comité d'hygiène de son arrondissement pendant l'épidémie cholérique de 1853-54, plus tard membre de la Commission des logements insalubres, et, à différentes reprises, de commissions temporaires chargées d'intérêts sanitaires et hygiéniques auprès de la Préfecture de la Seine, il a su constamment, dans les discussions comme dans ses rapports, donner des preuves d'un sens droit et de saines notions en hygiène publique.

L'hydrologie médicale s'honore aussi de l'avoir compté parmi les siens. Depuis de longues années médecin consultant au Mont-Dore, il y avait apporté ses traditions de travail et d'honnêteté qui lui avaient gagné immédiatement la confiance des malades et l'estime de ses confrères.

M. Brochin, timide quand il s'agissait de se produire, était au premier rang quand on faisait appel au dévouement professionnel. Chaque épidémie de choléra qu'il a traversée l'a trouvé au poste le plus exposé ; à Marseille, en 1835, à Paris, en 1840, 1853 et 1854, il fut attaché aux ambulances et bureaux de secours. En 1870, il prit rang parmi les médecins-majors requis et fut chargé d'un service à l'ambulance militaire du Luxembourg. Nous l'avons vu alors, donnant l'exemple aux plus jeunes, braver le froid, les obus, plus tard les menaces des hommes de la Commune, et faire son devoir, toujours avec cette simplicité si attachante qui trahissait une conscience tranquille et lui attirait les cœurs. Parmi ses collaborateurs de cette triste époque, aucun n'a manqué de venir, près de son cercueil, lui adresser l'adieu suprême.

Notre confrère est mort sur la brèche. Le mardi, il assistait comme d'habitude à la séance de l'Académie et, en lui serrant la main, nous l'avions même félicité sur son retour à la santé, qui paraissait complet. Le mercredi, il corrige ses épreuves, arrête la mise en pages du numéro de son journal, qui paraîtra le lendemain matin ; le soir, il est frappé d'hémiplégie, comme il l'avait été, mais très légèrement, quelques semaines auparavant ; cette fois, sa résistance a été vaincue, et, après trois jours de lutte, il a succombé. C'est, en définitive, une douce mort, que celle qui termine ainsi une longue existence de travail et d'honneur, avant qu'on ait fait l'apprentissage des dures infirmités qu'apporte trop souvent avec elle la vieillesse. Cette pensée est consolante pour tous ceux qui ont aimé Brochin.

Mercredi dernier ont eu lieu, à Saint-Etienne-du-Mont, les obsèques de notre regretté confrère, au milieu d'une affluence considérable de parents et d'amis. Le corps médical y comptait de nombreux représentants, venus pour rendre un dernier hommage à celui qu'ils ont perdu et exprimer leur profonde et sincère sympathie à son fils, le docteur Albert Brochin, digne héritier de l'affectueuse estime dont jouissait le père.

F. de R.

—Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Martin Saint-Ange, décédé le 27 mars, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

— M. le docteur Vibert, chirurgien en chef de l'hôpital du Puy, ancien interne des hôpitaux de Paris et président de la Société locale de la Loire et de la Haute-Loire, vient de mourir dans toute la force de l'âge.

***

— L'Académie des sciences a, dans sa séance de lundi dernier, élu M. Faye pour son délégué au Conseil supérieur de l'instruction publique.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée est composé comme suit : chef du laboratoire, M. Wurtz ; moniteurs, MM. Sanchez-Toledo, Foureur et Veillon.

Concours. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le vendredi

4 mai 1888, à midi, à l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n. 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 3 avril; il sera clos définitivement le samedi 21 avril, à 3 heures.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 30 avril 1888, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 26 mars 1888 et sera clos définitivement le samedi 14 avril suivant, à trois heures.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu le dimanche 8 avril, à dix heures, au siège social, 22, place Saint-Georges.

Samedi, 7 avril, réunion à dix heures du matin du Comité Directeur et à onze heures du Conseil des censeurs, chez le Président, M. Dujardin-Beaumetz, 176, boulevard Saint-Germain.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 avril, à sept heures, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 10 francs pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux, à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 18 au samedi 24 mars 1888.

Fièvre typhoïde 11.—Variole 6.— Rougeole 18.—Scarlatine 13. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup, 40 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 200.— Autres tuberculoses 28. — Tumeurs : Cancéreuses 46. — Autres 5. — Méningite 26. — Congestion et hémorr. cérébrales 52.— Paralysie 3.— Ramollissement cérébral 13.—Maladies organiques du cœur 61.— Bronchite aiguë 36. — Bronchite chronique 56. — Broncho-pneumonie 34.— Pneumonie 103.— Gastro-entérite : Sein 17. — Biberon 37. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 6. — Autres affections puerpérales 5. — Débilité congénitale 39. — Sénilité 34. — Suicides 9. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de mort 197. — Causes inconnues 4. — Total de la semaine: 1120 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'ozène trachéal, par le docteur Luc. — Paris, G. Steinheil, 1888.

Louèche-les-Bains et ses eaux thermales, par le docteur E. de la Harpe (de Lausanne). — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 52, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Première Leçon

Suite. — Voir le numéro précédent.

III

On observe quelquefois des spasmes rythmiques localisés qui se sont développés à la suite de traumatismes. Les chirurgiens les décrivent sous le nom de *spasmes réflexes*, mais il est fort probable qu'ils appartiennent à la grande famille des *accidents hystéro-traumatiques*. Il semble résulter, en effet, des quelques documents réunis dans ces dernières années, que les sujets qui font des convulsions rythmées à l'occasion de blessures banales, sont des hystériques vrais ou des postulants à l'hystérie, dont le traumatisme a accidentellement éveillé les prédispositions natives ou acquises. Quelquefois on trouve dans leurs antécédents héréditaires et personnels des traces évidentes de la tare névropathique; d'autres fois, l'exploration méthodique de leur sensibilité met en évidence quelques stigmates révélateurs de l'hystérie.

Voici un malade qui nous fournira la preuve de ces assertions :

Jean Duc... est un résinier des Landes, âgé de 46 ans, d'un caractère doux, peu intelligent, n'ayant jamais eu de maladies vénériennes et ne faisant pas d'excès de boissons. Ses parents jouissent, paraît-il, d'une bonne santé. Il a été lui-même très bien portant jusqu'en 1883, époque à laquelle il commença à ressentir une douleur sourde, légère, mais persistante, à l'épaule gauche. Il faut vous dire que, pour exercer leur métier, les résiniers sont obligés de monter sur les pins et qu'ils se servent, à cet effet, d'une longue et grosse tige de bois, appelée *pigent*, sorte d'échelle rudimentaire à encoches latérales, mesurant environ 5 mètres de longueur et pesant une quinzaine de kilogrammes, qu'ils transportent toute la journée d'arbre en arbre sur l'épaule gauche. C'est à la présence continuelle de ce fardeau sur l'épaule que Duc... attribuait sa douleur. Il n'y attachait pas, du reste, une grande importance, car il n'en souffrait pas assez pour que cela l'empêchât de travailler. Cependant, il y a six mois, il commença à s'inquiéter ; à des intervalles irréguliers, il ressentait des contractions involontaires des muscles du cou qui entraînaient violemment sa tête vers l'épaule gauche.

Peu à peu ces contractions devinrent plus fréquentes, à tel point qu'elles rendirent tout travail impossible. Depuis deux mois, elles sont pour ainsi dire continuelles et se présentent avec les caractères que nous allons analyser ensemble.

Quand le malade est assis ou debout, la face dirigée directement en avant, on voit à chaque instant son cou se gonfler, et son menton se porte lentement, mais avec énergie, vers l'épaule gauche. Le peaucier, le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze du

FEUILLETON

UN MÉDECIN NATURALISTE EN PROVINCE, LÉON DUFOUR (1).

La culture de la science n'a rien de bien méritoire, même en province. L'étude a tant d'attraits et procure tant de satisfactions qu'il n'est pas absolument nécessaire d'être du nombre des désœuvrés pour se laisser séduire. Mais autre chose est de se plaire à se tenir au courant des recherches scientifiques et à savourer le résultat du travail des savants, autre chose est participer d'une façon active et continue aux progrès d'une branche de nos connaissances.

En restreignant notre horizon au monde médical, nous constaterons cependant que, surtout depuis quinze ans, c'est-à-dire depuis que les Facultés de médecine ont en France doublé de nombre, le chiffre des médecins attirés et retenus par le culte de la science pure a pu facilement doubler. Beaucoup de ces amants de la Muse scientifique ont dû trouver un aliment tout préparé dans ces nouveaux foyers que l'on a allumés au Nord, à l'Ouest comme à l'Est de la France. Que ceux-là travaillent, qui chargés d'enseigner et payés pour cela, n'ont au fond que la seule ressource des études scientifiques pour justifier leurs titres et leur droit à l'existence, n'est-ce pas naturel? Mais là où il y a à admirer un effort vraiment digne d'éloges, c'est quand on rencontre dans une petite ville ignorée et éloignée de tout milieu propice, de tout stimulant, de tout aboutissant, un médecin qui, de par sa situation, obligé de vivre de sa pratique journalière, trouve néanmoins le temps de poursuivre avec activité et ténacité une série d'études n'ayant aucun rapport avec sa vie professionnelle. C'est ce mérite qu'a eu Léon Dufour. Et il l'a eu à un très haut degré, puisqu'il a pu trouver honneur et gloire dans ses études de botanique et surtout dans ses travaux d'entomologie (1).

(1) D'après son Mémorial : A TRAVERS UN SIÈCLE (1780-1865); *Science et Histoire*, 1 vol. in-8° de 348 pages, avec portrait et vignettes. Paris, 1888. — J. Rothschild, éditeur.

(1) Léon Dufour a publié plus de deux cents mémoires d'histoire naturelle. Un de ses élèves, devenu depuis longtemps un maître,

côté droit, se contractent surtout avec force; d'autres muscles du con entrent également en activité, mais d'une façon moins énergique et moins évidente.

Ces mouvements involontaires se reproduisent en moyenne une trentaine de fois par minutes. Ils ne sont pas subits et saccadés, comme s'ils étaient provoqués par une décharge électrique : ils sont plutôt lents, soutenus, progressifs.

Ils diminuent considérablement d'intensité et de fréquence quand le malade est couché sur le côté droit ou sur le côté gauche, ou bien encore quand, tout en restant assis ou debout, il penche fortement sa tête sur l'une ou l'autre épaule. Dans ces conditions, les contractions ne surviennent que toutes les deux ou trois minutes, et encore elles sont très faibles.

Les mouvements involontaires s'arrêtent complètement pendant le sommeil. Ils sont également suspendus quand le malade chante, quand il siffle ou simplement quand il récite à haute voix. Nous n'avons pas pu étudier l'action de la lecture et de l'écriture, le sujet étant absolument illettré. La fixation de l'attention sur un objet quelconque, la marche, les mouvements des membres supérieurs, ne modifient pas sensiblement le rythme des contractions anormales des muscles du cou.

Ce spasme n'est pas douloureux, mais il est extrêmement incommode : il cause une sensation de fatigue désagréable dans les muscles du cou et empêche le malade de se livrer à aucun travail.

En dehors de lui, Duc... ne se plaint d'aucun symptôme morbide. Les grandes fonctions organiques s'accomplissent très bien : la digestion, la circulation, la respiration, l'urination, sont tout à fait normales. L'intelligence est intacte, ainsi que la mobilité des membres et la sensibilité de la peau et des muqueuses; mais l'exploration campimétrique des yeux révèle un rétrécissement très notable (2/3 environ) des deux champs visuels, c'est-à-dire un des stigmates sensoriels les plus importants de la diathèse hystérique.

Que faut-il conclure de cet ensemble de symptômes ? A mon avis, on ne peut légitimement déduire que notre malade est atteint d'un spasme rythmique localisé de certains muscles du cou, vraisemblablement causé par l'habitude de porter le piquet sur l'épaule et vraisemblablement aussi de nature hystérique. L'hystérie est réduite, il est vrai, dans ce cas, à sa plus simple expression symptomatique, mais il est difficile de ne pas reconnaître son cachet dans le rétrécissement concentrique des champs visuels.

IV

Il existe une affection dont la description ressemble singulièrement à celle des spasmes rythmiques localisés, c'est la *chorée dite électrique*. Les auteurs désignent sous ce nom une névrose convulsive qui se développe le plus souvent chez des enfants de six à quinze ans et qui est essentiellement caractérisée par des mouvements involontaires brusques, saccadés, siégeant isolément ou simultanément dans les muscles de la tête, du tronc ou des membres, et se reproduisant habituellement plusieurs fois par minute, avec un rythme uniforme, pendant un temps plus ou moins long.

Signalée pour la première fois par M. Hennig (1), la chorée électrique a fait l'objet, en 1868, d'un mémoire détaillé de M. Hénoch (2). Plus tard, son étude a été reprise en France, sous la direction de MM. Bergeron et Cadet de Gassicourt, par MM. R. Berland (3) et Guertin (4), etc.; et en Belgique par M. Bordeus (5), qui lui a donné le nom d'*électrolepsie*.

La forme des mouvements convulsifs est très variable : dans certains cas, la tête est violemment rejetée en avant ou en arrière; dans d'autres, les épaules sont brusquement soulevées et les muscles de la face ou des membres sont le siège de secousses involontaires.

Dans tous les cas, ces secousses sont soudaines, saccadées, comme si elles étaient provoquées par des décharges électriques. Leur rapidité n'est pas indiquée dans toutes les observations, mais elle est signalée dans quelques-unes et présente d'assez grandes variétés individuelles. Tandis que dans une observation de Bordeus elles ne se reproduisaient que toutes les trois ou quatre minutes, elles se répétaient six fois par minute dans un cas de Guertin.

Entre ces deux extrêmes, on trouve des intermédiaires dans

(1) Hennig. *Traité des maladies des enfants*, 3e édition, 1864.

(2) Hénoch. BEITRÆGE ZUR KINDERHEILKUNDE. NUNE FOLGE, 1868, p. 113, et Société de médecine berlinoise, séance du 28 nov. 1883, reproduite *in* SEMAINE MÉDICALE, 6 décembre 1883.

(3) René Berland. *Traitement par le tartre stibié d'une forme de chorée dite électrique*. Th. de doct. Paris, 1880, n° 90.

(4) A. Guertin. *D'une névrose convulsive et rythmique* (déjà nommée : Forme de chorée dite électrique). Th. de doct. Paris, 1881, n° 267.

(5) Edouard Bordeus. *De l'électrolepsie ou chorée électrique*. — JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE DE BRUXELLES, mars 1883, p. 209.

La vie de Léon Dufour peut donc servir d'exemple. Nous allons tâcher d'en esquisser rapidement le tableau.

I. — ANNÉES DE JEUNESSE.

Né le 11 avril 1780 à Saint-Sever, en Gascogne, sur les bords de l'Adour, dans ce pays de Chalosse avoisinant les Landes de Gascogne qui devaient donner leur nom au département dont Saint-Sever est devenu le siège d'une sous-préfecture, Léon Dufour était d'une famille essentiellement médicale. Son père était médecin, son oncle également, son grand oncle maternel, Lavernhe, l'avait été aussi, ainsi que son grand père.

C'était, en effet, son aïeul, Fritz Dufour, qui avait assisté comme chirurgien des armées à la bataille de Malplaquet (1709) et qui se retira dans la petite commune de Crémens, dans le diocèse d'Auch. Fritz Dufour, qui avait eu successivement quatre épouses, n'eut de progéniture qu'avec la dernière. Il mourut en 1763, laissant deux fils qui entrèrent l'un et l'autre dans la carrière médicale.

L'aîné, Charles Dufour, le père de notre héros, malgré la modicité de sa fortune, «poursuivit avec ardeur, persévérance et sagesse, sa vocation innée pour la médecine »; il fit ses premières études à Toulouse, où il eut pour condisciple et ami Antoine Portal (de Gaillac), qui était destiné à devenir une des célébrités médicales de Paris. Après un stage théorique à l'Ecole de Montpellier, où il fut accueilli avec bienveillance par le professeur Bordeu, Charles alla terminer ses études médicales à Paris. A sa rentrée à Saint-Sever, son oncle et bienfaiteur, le docteur Lavernhe, lui céda sa clientèle et le service des établissements publics (couvents, hôpital, école, prisons).

En 1795, lors de l'établissement d'une Ecole centrale à St-Sever, Charles Dufour fut nommé professeur d'histoire naturelle, et il continua son cours jusqu'à la suppression de ces Écoles, en 1801. Atteint d'un catarrhe pulmonaire avec asthme, qui le tourmenta pendant les vingt dernières années de sa vie, il passait bien souvent ses nuits sur un fauteuil. Mais, malgré ses souffrances, il ne cessa jamais, comme l'attestent ses cahiers de pratique, de faire face à

M. Laboulbène, le professeur actuel d'Histoire de la Médecine à la Faculté de Paris, qui est en même temps, on le sait, un entomologiste éminent, a fait paraître en 1865, dans les *Annales de la Société entomologique de France* (4e série, t. V, p. 216 et suiv.), la liste annotée des travaux d'entomologie de Léon Dufour.

lesquels les secousses se montraient une fois (Bordeus), trois fois (Guertin) et quatre fois (Berland) par minutes..

La durée de l'affection est tout à fait indéterminée: elle varie de quelques jours à plusieurs années. Dans certains cas, tous les traitements échouent; dans d'autres, il suffit de l'administration d'un vomitif (Berland) ou d'une séance de faradisation (Hénoch, Guertin) pour provoquer des guérisons immédiates.

La description très rapide que vous venez d'entendre a dû suffire pour vous convaincre que la chorée dite électrique est une affection tout à fait distincte de la chorée électrique des Italiens et de la chorée vulgaire, et que l'analogie des noms ne correspond pas ici à une communauté d'origine ou de nature. Sur ce point spécial, tous les auteurs sont d'accord; tous considèrent l'électrolepsie comme une névrose convulsive spéciale, différente de la chorée de Sydenham et de la chorée de Dubini. Quelques-uns vont plus loin; ils affirment qu'elle est également indépendante de l'hystérie.

Je ne partage pas l'opinion de ces derniers, et après avoir relu attentivement les observations publiées dans les mémoires de MM. Hénoch, Berland, Guertin, Bordeus, je reste convaincu que la plupart des cas rapportés par ces auteurs sous les noms de chorée électrique ou d'électrolepsie sont des exemples de spasmes rythmiques dépendant de l'hystérie infantile.

Les raisons sur lesquelles est fondée cette opinion sont de plusieurs ordres. Et d'abord il est très ordinaire que les accidents surviennent chez des enfants descendant de parents hystériques ou névropathes (Guertin, Bordeus) et à la suite d'émotions morales vives, de chagrins profonds ou de frayeurs violentes. Ainsi, parmi les malades dont M. Hénoch rapporte les observations, l'un devint choréique après avoir vu le cadavre d'une femme pendue, l'autre après avoir été ému par le bruit imprévu causé par la fermeture d'une porte, un troisième après avoir fait une chute dans un escalier. Une malade de M. Bordeus fut prise de convulsions rythmiques du cou après avoir été assaillie et mordue par un chien, etc., etc. D'autre part, lorsque ces accidents sont développés, il n'est pas très rare qu'ils coexistent avec des symptômes permanents ou transitoires manifestement hystériques, par exemple, avec des paralysies fonctionnelles de certains muscles (Guertin) ou avec des hémianesthésies susceptibles d'être transférées d'un côté à l'autre par la faradisation (Hénoch).

Enfin, dans beaucoup de cas, la guérison a lieu subitement, sans convalescence, sous l'influence des procédés thérapeutiques les plus disparates. Tout cela, vous en conviendrez, est de nature à faire penser que la chorée électrique n'a pas d'existence propre et que souvent, sinon toujours, elle est une manifestation de l'hystérie infantile, une variété de spasmes rythmiques hystériques. Dès lors, il n'y a pas lieu de chercher des éléments de diagnostic différentiel entre les deux affections, puisqu'en réalité elles se confondent en une seule.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes, par M. Edmond Blanc (de Lyon), chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Pendant dix-huit mois, notre malade put se croire complètement guéri: il ne ressentait, dans le membre opéré, aucune douleur et s'en servait comme auparavant dans son travail. Mais, au bout de ce temps, il commença à s'apercevoir d'une tuméfaction à la partie inférieure du bras gauche, tuméfaction qui augmenta progressivement et lentement.

Le 14 juillet 1886, il revenait trouver M. Poncet, qui constata la présence d'une tumeur du volume d'une châtaigne, et présentant tous les caractères de celle qui avait été enlevée deux ans auparavant. Elle siégeait à trois travers de doigt au-dessus du pli du coude, était contenue tout entière dans l'épaisseur du muscle brachial antérieur, et se comportait, vis-à-vis de ce muscle, comme la tumeur primitive avec le premier radial externe, c'est-à-dire qu'elle en était entourée comme d'un réseau. Même enveloppe conjonctive, avec contenu sarcomateux, mollasse, cérébriforme. Une dissection minutieuse, pendant laquelle on dut sacrifier une bonne partie des fibres musculaires, permit d'enlever tout le mal; nulle part on ne constata que l'enveloppe fût perforée. Réunion par première intention.

Depuis l'opération, nous avons revu plusieurs fois le malade, et il nous donne régulièrement de ses nouvelles. Cet hiver, il avait eu une fluxion de poitrine d'une durée anor-

---

toutes les exigences de sa profession. Il mourut vers la fin de janvier 1814, âgé de 76 ans, après quarante-six ans d'exercice de la médecine.

Le frère de Charles, Jean-Marie Dufour, fut le parrain de notre héros; pauvre comme tous les cadets, il parvint néanmoins, par son intelligence et son activité, à être employé comme chirurgien sur un vaisseau du roi. Pendant un séjour assez prolongé sur la côte du Grand-Bassam, il eut l'occasion de pratiquer l'opération de la cataracte sur un chef des naturels de cette contrée où se faisait le commerce de la poudre d'or; il réalisa une petite fortune, revint en France auprès de son frère, et abandonna la médecine pour se livrer à l'agriculture. On le désignait sous le nom de Dufour l'Africain.

Léon Dufour voulut être médecin, et pour compléter de caractériser médicalement la famille, ses deux fils se sont faits médecins. L'aîné, Albert, né le 28 septembre 1825, ancien interne des hôpitaux de Paris, exerce la médecine à Saint-Sever; le cadet, Gustave, né le 12 octobre 1826, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est aujourd'hui fixé à Saint-Justin (Landes).

Et c'est aux soins de ces deux fils que nous devons le bonheur d'avoir pu lire ce mémorial si intéressant dont nous voulons essayer de présenter un exposé succinct à nos lecteurs.

Les premières études de Léon Dufour se ressentirent naturellement du trouble qu'amena dans les institutions comme dans les esprits la Révolution de 1789. Il avait commencé ses classes de latinité chez les Bénédictins, lorsque ces religieux furent obligés de quitter leur riche couvent. Léon Dufour, dès lors, n'étudia plus qu'à *bâtons rompus*. « Les événements du jour, nous dit-il, les gazettes de toutes nuances, les publications à son de trompe, les fêtes publiques, les gardes nationales, les folies de toute espèce, un délire de plus en plus effréné, une véritable contagion progressive, gagnèrent tous les rangs, entraînèrent à l'envi grands et petits, nobles et roturiers, artisans et bourgeois. » Les enfants de Saint-Sever (qui durant cette période changea de nom et s'appela Montadour) n'échappèrent point à l'entraînement politique. Ils formèrent deux camps opposés, et Léon Dufour était dans le sien un des plus turbulents, des plus hardis « des *plus habiles à manier le poing, le bâton, les cailloux*. » Qu'il s'agisse de courses de taureaux, de joûtes natatoires, de luttes dans la rue, Léon

male; depuis, il est oppressé, il tousse fréquemment, et à de temps à autres des crachats hémoptoïques; ses forces diminuent sensiblement, bref, d'après son récit, nous craignons fort une généralisation pulmonaire.

Quant à l'état local, il est actuellemet parfait; pas de douleur ni de gêne fonctionnelle, pas trace d'une nouvelle récidive.

L'examen histologiqne de la dernière tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

Si nous cherchons à dégager, dans l'histoire de notre malade, les faits importants et dont l'interprétation rationnelle puisse nous conduire à une déduction théorique acceptable tonchant le rôle de sa contusion, nous voyons que le point capital *est l'apparition rapide, immédiate de la tumeur consécutivement à un traumatisme unique.* Evidemment, il ne saurait être ici question, en tant qne lésion primitive, que d'un épanchement sanguin. On n'a jamais vu surgir ainsi d'emblée et définitivement constituée une tumeur sarcomatense. Que si l'on nous objecte que le malade était porteur d'une tumeur petite et ignorée, à laquelle le trauma aurait imprimé une allure rapide, nous répondrons que c'est là une hypothèse dénuée de toute preuve.

Notre malade, homme intelligent et sachant très bien s'observer, nous affirme qu'il ne s'était jamais aperçu de rien d'anormal à l'avant-bras; force nous est hien d'accorder quelque créance à son affirmation si nette et si catégorique.

Tout au plus pourrait-on admettre l'existence antérieure et latente d'une petite tumeur, que son indolence et son petit volume auraient laissé inaperçue. Mais la tuméfaction qui suivit de si près le traumatisme présenta d'emblée le volume qu'elle devait garder jusqu'à la fin; pendant quinze jours, elle resta stationnaire; ce n'est pas là la marche d'une tumeur accélérée par le traumatisme.

Nous y voyons plutôt un exemple remarquable de la transformation sur place des éléments du sang épanché.

Dans ce cas particulier, les phénomènes d'absorption ont dû être presque nuls, fait qui s'explique aisément, si l'on considère le siège de l'épanchement au sein du tissu musculaire, si peu riche en tissu cellulaire, et la mobilité de la région, sans cesse mise en œuvre par le travail quotidien du malade. La constitution arthritique dn blessé a dû aussi contribner à l'évolution sarcomateuse, pour une part qu'il est bien difficile de préciser:

Cette idée de la transformation directe des éléments du sang reçoit une précieuse confirmation de l'examen de la tumeur. Au centre, avons-nous dit, se voyaient très nettement des débris du foyer primitif; la grande masse était sarcomateuse; quant aux parois, elles étaient tapissées de stratifications fibrinense, telles qu'on les rencontre dans les vieilles hématocèles. Mais nulle part on ne constatait d'adhérences de la masse centrale à la paroi; celle-ci ne présentait aucune végétation, aucune prolifération cellulaire. La masse centrale, absolument isolée, ne remplissait même qu'incomplètement la poche modérément tendue. Nous ne trouvons donc pas, dans ce cas, ces masses végétantes, sortes de kéloïdes, parties de la paroi, que suppose le professeur Verneuil.

En résumé, le fait dont nous venons de donner l'analyse nous semble en parfait accord avec les idées de Velpeau. Est-ce à dire que le processus que nous décrivons soit unique et réponde à tous les faits observés de tumeurs consécutives aux traumatismes? Nous n'oserions l'affirmer; en tout cas, il existe, et nous croyons l'avoir suffisamment prouvé par la clinique et l'anatomie pathologique. Il y aurait là matière à d'intéressantes recherches, où l'observation clinique et le microscope se prêteraient un mutuel appui pour élucider ce point obscur de la pathogénie des tumeurs.

En quoi consistent les phénomènes intimes de ces transformations des éléments sanguins? Quelles sont les phases diverses de ces modifications successives, et quelle part y prend la prédisposition personnelle créée par la diathèse arthritique? Ce sont là tout autant de questions auxquelles on ne pourra scientifiquement répondre qu'après avoir accumulé des faits rigoureusement observés, où les antécédents du malade, la date du traumatisme, celle de l'apparition de la tumeur, la marche de cette dernière, seront soigneusement consignés. Il serait également du plus grand intérêt de faire l'examen de plusieurs tumeurs semblables à diverses périodes de leur évolution; on pourrait ainsi suivre pas à pas les progrès de la transformation et peut-être en surprendre le mystère.

Ce qui précède a trait uniquement à des cas exceptionnels,

Dufour se distingue; et lorsque en 93 la guillotine, dressée à Saint-Sever sur la place du Tour-du-Sol, abat en peu de jours les têtes de vingt-deux personnes, notre écolier ne saurait se retenir d'aller voir en compagnie des femmes du peuple « qui étaient en nombre de beancoup supérieur à celui des hommes » tomber deux têtes. Repas républicains, repas civiques, plantation d'arbre de la Liberté, procession des Déesses de la Raison, Léon Dufour était présent à toutes les cérémonies.

Eu 1792, un premier collège fut fondé à Saint-Sever dans l'ancien couvent des Jacobins, sous la direction de deux professeurs de Paris envoyés par l'Etat. C'est dans cet établissement, qui prospéra au delà de toutes les espérances, que Léon Dufour continua ses études. En 1795, le gouvernement ayant institué dans chaque département une École centrale, Saint-Sever eut la sienne avec neuf professeurs. La Botanique, la Zoologie, la Minéralogie, étaient professées par le père de Léon Dufour qui traitait aussi de l'Ostéologie humaine. Un joli jardin botanique était annexé à l'École. Les plantes y étaient classées d'après la méthode de Jussien. Léon Dufour prit goût à cette étude. Les livres de Linné et de Lamark à la main, il étudiait, classait, dénommait les plantes de la région, et à l'âge de vingt ans, poussé par son ardeur pour les études d'histoire naturelle, il avait déjà fait trois voyages aux Pyrénées.

Le premier voyage eut lieu en 1796. Il escalade le pic du Midi, explore Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets et Barèges, où il alla faire visite à Ramond, professeur à l'Ecole centrale de Tarbes, qui était déjà connu pour ses études de géologie, de botanique et d'entomologie. Ramond, qui avait pris ses grades de docteur en médecine et même de docteur en droit, avait été nommé, en 1791, par la ville de Paris, membre de l'Assemblée législative. Il était en quelque sorte exilé dans les Pyrénées, où il recueillit des matériaux pour son *Voyage au Mont-Perdu* et pour d'autres publications, relatives à l'histoire naturelle, qui constituent de vrais modèles de style descriptif et qui devaient lui ouvrir les portes de l'Institut en 1802. Ramond avait d'ailleurs donné, dès sa jeunesse, des preuves d'un grand talent littéraire dans les *Aventures du jeune d'Olban* et dans ses *Elégies alsaciennes*.

L'ardeur, l'intrépidité de Léon Dufour dépassaient souvent les limites de la prudence.

A Bagnères-de-Bigorre, il avait un guide nommé Jacou, petit-fils

où le traumatisme crée d'emblée une tumeur appréciable, dont on suit la marche et dont on peut à une échéance plus ou moins éloignée constater la transformation ; ces cas sont évidemment de la plus grande netteté. Mais généralement les effets des violences extérieures sont plus lointains, et le traumatisme a précédé de plusieurs mois, voire même de plusieurs années l'apparition de la tumeur. Son rôle est alors moins net, et nous croyons que nombre de méfaits lui ont été à tort imputés. Il convient cependant de ne point le rejeter systématiquement, tout en reconnaissant que *l'irritation des tissus, la création d'un locus minoris résistentiæ*, invoquées pour expliquer le mode d'action des contusions chrouiques et répétées, sont des raisone un peu théoriques. Pourrait-on songer, dans ces cas, à de petits épanchements sanguins, parfois inaperçus et se résorbant facilement, mais dont il persiste quelques reliquats, lesquels subiraient lentement la série des modifications qui doivent aboutir à l'édification du néoplasme? c'est là, bien entendu, une hypothèse que nous ne formulons que sous toutes réserves.

Nous dirons donc, s'il nous est permis de tirer quelques conclusions de ce qui précède :

1° Le rôle de la contusion unique momentanée, dans le développement des tumeurs, est indiscutable.

2° La théorie de Velpeau nous semble légitimement applicable aux cas de ce genre.

3° La transformation des éléments sanguins est favorisée par la prédisposition morbide que crée la diathèse arthritique.

Winiwarter écrivait récemment cette phrase : « Il n'y a pas jusqu'ici une seule observation qui puisse démontrer d'une façon certaine l'influence d'un traumatisme momentané, de n'importe quelle nature, sur le développement d'un sarcome ou d'un carcinome. » L'observation que nous venons de rapporter est, croyons-nous, de nature à modifier cette manière de voir.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Intoxications mortelles par le sublimé employé comme antiseptique

I. Sur le sublimé, par R. Ziegenspeck (*Centralblatt für Gynækologie*, 1886, n° 34, p. 546). — II. Intoxication mortelle par le sublimé, après une double irrigation vaginale, par le docteur C. Fleischmann (*Ibidem*, 1886, n° 47, p. 761). — III. Un cas d'intoxication par le sublimé, avec terminaison fatale, par le docteur Steffeck (*Ibidem*, 1888, n° 5, p. 65).

Depuis que s'est répandu l'emploi du sublimé comme antiseptique, on a publié un certain nombre d'exemples d'intoxication grave consécutive à l'absorption de ce sel de mercure, qui est un des meilleurs agents d'antisepsie. Les cas connus d'*intoxication mortelle* par le sublimé employé pour les besoins de l'antisepsie sont survenus presque exclusivement dans la pratique obstétricale et gynécologique. Par suite, certains accoucheurs ont cru devoir agiter la question de savoir s'il n'y avait pas lieu de renoncer à l'emploi du sublimé, pour les soins à donner aux femmes en couches et pour les grandes opérations du ressort de la gynécologie. Cette question est encore controversée ; je la laisse de côté pour aujourd'hui, me bornant à constater que les partisans du sublimé imputent les intoxications graves, survenues dans les conditions susdites, à l'emploi de solutions trop concentrées. Or les trois observations dont je vais rendre compte plus loin prouvent qu'une intoxication mortelle par le sublimé peut être provoquée, chez des femmes en couches, à la suite de lavages de la cavité utérine ou simplement du vagin, faits avec des solutions de sublimé très diluées.

J'ai consacré précédemment (Gazette médicale, 1884, n° 15, p. 173, et 1885, n° 28, p. 230) deux Revues à cette question de toxicologie, qui intéresse la grande masse des praticiens. Le dernier de ces deux articles renferme l'indication des exemples d'intoxication mortelle consécutive à l'emploi du sublimé comme antiseptique, au nombre de 10, publiés jusqu'alors, et dont plusieurs ont été analysés avec plus ou moins de détails. En poursuivant aujourd'hui cette énumération de faits, je me propose de mettre les lecteurs de ce journal à même d'apprécier en bonne connaissance de cause les arguments invoqués pour et contre l'emploi du sublimé en obstétrique et en gynécologie, lorsque je reviendrai sur ce débat pour exposer ses diverses phases.

I. Dans un travail d'ensemble sur l'emploi du sublimé dans la pratique obstétricale et gynécologique, M. Ziegenspeck,

---

du guide qui avait accompagné Tournefort dans ses courses botaniques aux Pyrénées. « Arrivés au *puits des Choucas*, nous dit le jeune ascensionniste, j'aperçus sur son limbe intérieur un magnifique échantillon de *muguet verticillé*, dont les fleurs se balançaient sur le gouffre ; je brûlais de le posséder. Je me mis à plat ventre et je rampai jusqu'au bord, tandis que C... me retenait par la jambe ; j'accrochai le muguet et la victoire fut proclamée. Jacou, qui voyait ma manœuvre en frémissant et sans oser élever la voix, de crainte de me troubler, me gronda sévèrement de ma témérité et déclara que jamais il ne m'accompagnerait plus. »

En 1797, Léon Dufour fit son second voyage à pied, herborisant en route et ne se servant d'un cheval que pour le charger de son attirail botanique et de ses bagages.

Enfin, en 1799, il fit son troisième voyage, durant lequel il revit Ramond, âgé de près de cinquante ans, et qui voulant faire une dernière excursion aux Pyrénées, demanda à son jeune visiteur de lui servir de compagnon.

Bien que Léon Dufour se soit extasié devant l'ardeur, l'agilité, l'habileté de Ramond à gravir les roches, il ne lui cédait pas en audace. « Quoique sans bâton, dit-il, et avec un fagot de plantes dans les mains, je le suivais partout, je me précipitais sur ses traces et je conservais mon aplomb. Je me souviendrai toujours qu'étant tous deux assis au bord du lac, où nous dévorions une croûte de pain, il fut saisi d'étonnement à la vue d'un *Ranunculus aquatilis* en pleine floraison au fond de l'eau. Il dissimula faiblement le vif intérêt qu'il attachait à la constatation de ce fait ; je le compris : me déshabiller, plonger, apporter tout triomphant et transi la touffe entière de la plante si convoitée, fut l'affaire de quelques minutes. »

Mais déjà l'étude des végétaux ne suffisait plus à satisfaire l'esprit de Léon Dufour. L'entomologie était venue s'associer à sa sœur la botanique.

C'est à Ramond qu'il dut cette sorte d'initiation à l'entomologie et cela dès son premier voyage aux Pyrénées. Quand Léon Dufour sortait de Luz pour monter à Barèges faire sa visite à Ramond, un insecte, le *Cerambyx alpinus*, vint se poser sur lui ; « je le pris assez négligemment, dit-il, je le traversai d'une épingle et je le piquai sur mon chapeau. Après les compliments d'usage, Ramond, à la vue de cet insecte, témoigna le désir de

élève du professeur SCHULTZE (de Iéna), relate le fait suivant :

Une femme de 19 ans venait d'accoucher, après treize heures de souffrances. L'accouchement avait été normal ; les organes génitaux étaient intacts. Pendant le travail, et immédiatement après l'accouchement, on avait fait des irrigations *vaginales* avec une solution de sublimé à 1/5000e. Dans la journée qui suivit, la température corporelle ne s'éleva pas au-dessus de 37° 4 ; c'était le 13 mars (1886). Rien de bien saillant ne survint dans l'état de la femme jusqu'au 16 mars. Ce jour-là, les lochies devinrent fétides. On lava la cavité utérine avec 4 litres d'une solution de sublimé à 1/5000e. La température interne, qui s'était élevée à 38°, s'abaissa ensuite. Le 17 mars, l'écoulement lochial était redevenu inodore. Le 18 et le 19 mars, constipation, qu'on réussit à vaincre au moyen d'un lavement.

Le 20 mars, le fond de l'utérus s'était abaissé à 8 centimètres au-dessous de l'ombilic. L'hypogastre était très sensible à la pression. L'écoulement lochial, de teinte louche, était de nouveau fétide. On pratiqua, dans la cavité utérine, un deuxième lavage avec une solution de sublimé à 1/5000 (4 litres). Pendant les lavages, la femme se plaignit d'avoir comme des tranchées utérines et d'éprouver une sensation de brûlure dans le bas-ventre. Réascension de la température interne, somnolence. La malade mangea, en cachette, environ une demi livre de pain bis, qu'elle avait réussi à se procurer. Dans la nuit, elle fut prise de vomissements abondants ; deux selles copieuses ; ténesme.

Le 21, P. 102, T. 37° 8. Grande sensibilité du ventre, audessous de l'ombilic. Gingivite. On prescrit un gargarisme au chlorate de potasse et à l'opium ; lavage intra-utérin avec une solution de permanganate de potasse. Les divers symptômes notés s'exaspèrent le lendemain.

Le 23 mars, T. 38o 8 – 37o 9. Cessation de la diarrhée et des vomissements ; la stomatite avait progressé. Putridité plus prononcée de l'écoulement lochial. Dépôts membraneux sur l'orifice du col et au pourtour de la vulve. On fait un troisième lavage avec la solution de sublimé à 1/5000. Badigeonnage des ulcérations de la vulve et du col avec de la teinture d'iode. On fait prendre à la malade, de la teinture d'opium et du sous-nitrate de bismuth à hautes doses. Les vomissements vont en diminuant. Pas de salivation.

Même traitement le lendemain. Même état, avec des symptômes de bronchite en plus.

Le 25 mars, les vomissements s'exaspéraient à nouveau. Peau sèche, très sensible au toucher ; soif vive. Hoquet. Injections sous-cutanées d'éther et de teinture d'opium. La malade succomba dans la nuit.

Les lésions constatées à l'autopsie étaient bien celles que l'on a signalées comme étant en rapport avec ce genre d'empoisonnement par le sublimé ; elles peuvent se résumer dans ces quelques termes : dépôts diphtéritiques sur la muqueuse utérine ; inflammation dysentérique de l'intestin.

II. A la clinique d'accouchements de Prague, d'après les renseignements fournis par M. Fleischmann, le sublimé a été adopté, en 1885, pour les usages suivants :

Lavage des organes génitaux externes, irrigations *vaginales*, avec des solutions à 1/2000 ; quand les irrigations vaginales étaient répétées fréquemment, le titre des solutions était abaissé à 1/4000. On n'a jamais fait de lavages de la cavité utérine avec des solutions au sublimé. De plus, l'emploi de cet antiseptique a été proscrit chez les femmes fortement anémiques, chez celles qui présentaient les signes d'une lésion rénale, d'un catarrhe de l'intestin, ou dont l'état général était mauvais. Jusqu'au mois d'août 1886, on n'avait pas eu à déplorer le moindre accident qui pût être mis sur le compte d'une intoxication par le sublimé ; dans l'intervalle, le nombre des accouchements s'était élevé à 1,620. Le fait suivant vint interrompre cette heureuse série :

Une femme de dix-sept ans, primipare, était entrée à l'hôpital le 9 août, en état de grossesse avancée, ne réalisant aucune des contre-indications signalées plus haut.

Le 28 août au matin, elle fut touchée par une sage-femme. Avant et après cette exploration, on lui fit une injection dans le vagin, avec une solution de sublimé à 1/2000. La quantité totale de liquide injecté s'éleva au plus à 2 litres. Avant le toucher, il s'était écoulé par la vulve un peu de liquide sanguinolent. Après l'exploration, la femme fut prise de douleurs dans le bas-ventre, puis de vomissements bilieux et de diarrhée ; on apprit, dans la suite, que la diarrhée était survenue antérieurement aux injections de sublimé. Vers le soir, on constatait une ascension de la température interne, de légères contractions utérines ; par l'orifice du col, un peu

---

l'avoir : je m'empressai de le lui offrir. L'intérêt qu'il manifesta, le soin qu'il mit à le repiquer et à le placer dans une boîte où, pour la première fois, je voyais réunis de nombreux insectes, tout cela me fit une vive et profonde impression. J'étais surpris qu'un savant, que je croyais exclusivement adonné aux hautes considérations géologiques et à l'étude des plantes, attachât une sérieuse importance à ces petits animaux. Les quelques notes instructives dont ce Cerambyx devint l'occasion me donnèrent tellement à réfléchir que, dès ce moment, je me livrai sans relâche à la recherche et à l'étude des insectes, et cet attelage de bestioles, ajoute Dufour, m'a conduit à l'Institut. »

Désormais donc, la botanique trouvait dans le cœur de Dufour une rivale et une rivale qui devait l'emporter.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

CONCOURS GERDY. — La commission des eaux minérales de l'Académie de médecine, satisfaite des rapports de MM. les stagiaires Boutarel et Lamarque, pour 1887, leur accorde à chacun une récompense de 500 francs.

La Commission leur désigne les stations suivantes, pour 1888 : A M. Boutarel, Bourbonne pour l'été, et Dax pour l'hiver ; à M. Lamarque : La Bourboule pour l'été, et Amélie-les-Bains pour l'hiver.

Une somme de 3,000 francs sera versée à chaque stagiaire pour ces deux services.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Rolland est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Hanoun, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. le docteur Doyen, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — A été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Loussot, aide-médecin, docteur en médecine.

entr'ouvert, s'échappait du mucus teinté de sang. On fit une injection vaginale avec une solution phéniquée à 3 0/0; quelques gouttes de teinture d'opium furent administrées à l'intérieur.

Le 29 août, la femme accoucha, un peu avant terme, d'un enfant bien constitué. Après expulsion du délivre, on lava le vagin avec une solution phéniquée à 4 0/0. Dans l'après-midi, la femme eut plusieurs selles diarrhéiques; salivation, urines rares. T, 37o,4. On prescrit 20 gouttes d'opium.

Le 30 août, on constate les signes d'une stomatite ulcéreuse très intense. Anurie, depuis la veille; par le cathétérisme, on retire 20 cc. d'une urine chargée d'albumine.

Pendant les jours qui suivirent, et malgré les médications mises en œuvre, les mêmes accidents ont persisté: stomatite, anurie, diarrhée sanguinolente (les vomissements n'ont pas continué). Le 2 septembre, il s'y ajouta de la somnolence; le 5 septembre, la malade succomba dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva des lésions rénales en rapport avec un mal de Bright aigu, les résidus d'une inflammation dysentérique de l'intestin; stomatite et pharyngite ulcéreuses; dégénérescence parenchymateuse du myocarde et du foie. Pneumonie lobaire et lobulaire. Cystite aiguë. Fissure du vagin, rupture du périnée.

III. L'observation de Steffeck concerne une femme de 27 ans, mère de trois enfants, en cours d'une quatrième grossesse dont le début remontait selon toutes les apparences au mois d'août 1887, lorsqu'elle se présenta à l'hôpital de Giessen (novembre). En l'absence de toute manifestation pathologique, cette femme quitta l'hôpital après un séjour d'une semaine. Elle se fit réadmettre le 25 novembre, sous prétexte qu'elle perdait du sang par les organes génitaux et qu'elle avait des contractions utérines. L'observation mentionne qu'à ce moment cette femme n'avait pas d'œdème aux membres inférieurs, pas d'exanthème, que l'appétit était bon, les selles régulières et normales. Le fond de l'utérus arrivait, à ce moment, jusqu'à mi-chemin de l'espace compris entre la symphyse pubienne et l'ombilic. L'orifice externe du col était entr'ouvert, livrant passage au doigt. Le col était ramolli. Il ne s'écoulait plus de sang par le vagin. On prescrivit: Un bain; lavage des organes génitaux exteroes avec une solution de sublimé au 1/2000e; irrigation vaginale avec un litre d'une solution de sublimé à 1/3000e.

Le lendemain, l'état de la femme ne s'était pas modifié; nouvelle irrigation, comme ci-dessus.

Le surlendemain, 27 novembre, en introduisant le doigt dans la cavité du col, on touche une anse du cordon, qui, dans la journée, descendit jusqu'à l'orifice vulvaire. Pas d'hémorrhagie. Troisième irrigation vaginale: un litre de sublimé à 1/3000e.

Même état le 28 novembre; irrigation vaginale.

Le 29 novembre, à cinq heures du matin, la femme est prise de fortes contractions utérines; à sept heures, elle expulsait un embryon de quatre à cinq mois d'âge. Le placenta ne suivit pas. On arrêta l'hémorrhagie au moyen d'une irrigation chaude (1 litre d'une solution de sublimé à 1/3000e). Tamponnement avec de la gaze iodoformée. Température et pouls normaux.

Le 30 novembre on renouvelle le tamponnement; irrigation au sublimé (solution à 1/3000). Le col n'était plus dilaté. Le placenta ne s'était pas détaché. Dans la soirée, frisson. T. 39o 3. On retira le tampon, les sécrétions n'étaient pas fétides. Néanmoins on procéda à l'extraction forcée du placenta, après avoir injecté dans le vagin un litre d'une solution de sublimé à 1/3000, et dans l'utérus 1 litre d'une solution à 1/5000; naturellement la femme fut endormie au moyen du chloroforme. Après extraction du placenta on arrêta l'hémorrhagie en injectant dans l'utérus 1 litre d'une solution chaude de sublimé à 1/5000; ergotine. Une heure après, la femme était prise de ténesme et de diarrhée; frisson. T. 41o. On lui administra des excitants; elle eut dix à douze selles diarrhéiques. La diarrhée fut combattue au moyen de l'opium.

Le lendemain, 1er décembre, la malade présenta les premiers signes d'une stomatite mercurielle; on lui prescrivit tout aussitôt un gargarisme au chlorate de potasse. La diarrhée persistait. T. 37o et au dessous. Les lochies n'étaient pas fétides.

Le 2 décembre, la malade, après avoir vomi à plusieurs reprises, perdit connaissance. Dans la soirée, elle n'était pas complètement revenue à elle. Depuis la nuit précédente elle n'avait pas uriné. A l'aide de la sonde, on ne put obtenir que quelques gouttes d'urine.

Le 3 décembre, l'anurie persistait, la stomatite avait empiré, et la malade, qui avait repris connaissance, se plaignait surtout de souffrir dans la bouche. Eructations fréquentes. Il fut impossible d'obtenir de l'urine par le cathétérisme. On eut recours, sans résultat, à l'emploi des diurétiques et des diaphorétiques.

Ces symptômes ne se sont pas modifiés sensiblement pendant les quatre jours qui ont suivi, sauf que les selles étaient devenues sanguinolentes.

Le 7 décembre, la malade était en plein coma. La muqueuse buccale était parsemée d'ulcérations, dont quelques-unes de grandes dimensions. La fétidité de l'haleine était insupportable. Figure boursouflée; secousses cloniques dans quelques muscles. Selles involontaires. Par le cathétérisme, on retire la valeur d'un verre ordinaire d'urine; ce liquide, d'un jaune sale, contenait une grande quantité d'albumine. L'analyse chimique montra qu'il renfermait du mercure.

La malade succomba le 9 décembre. A l'autopsie on découvrit du côté des reins et de l'intestin, du gros intestin surtout, les lésions bien connues pour être en rapport avec le mode d'intoxication mercurielle, auquel on avait eu affaire dans ce cas.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus; remarque critique.

Dans l'article *Grossesse* du Dictionnaire de Dechambre, M. Pinard reproduit son travail, intéressant à plusieurs points de vue, sur la *Rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain*, inséré dans les Annales de gynécologie et d'obstétrique, année 1886. De la théorie proposée pour expliquer la rupture prématurée des membranes et des conclusions pratiques formulées, je ne m'occuperai pas en ce moment; les chiffres fournis par l'auteur me semblent en effet devoir fixer l'attention tout d'abord.

Aux pages 104 et 105, nous trouvons les renseignements que voici :

« Nous avons observé et mesuré 1,394 placentas. Sur ces 1,394 accouchements, 147 fois la rupture des membranes fut constatée avant l'apparition des douleurs. »

« Les mensurations des membranes nous donnent, sur 147 cas, *105 fois* le bord des membranes, s'étendant de l'ouverture au placenta, mesurant de 0 à 10 centimètres. »

« Si, sur les 1,394 observations que nous possédons, on cherche les cas dans lesquels les membranes mesurent du bord de l'ouverture au placenta de 0 à 10 centimètres et sans qu'il y ait eu de rupture prématurée, on trouve 245 cas. »

Rapprochant ces chiffres, nous aurons :

Cas où la rupture s'est produite de 0 à 10 centimètres du placenta :

Rupture avant l'apparition des douleurs.	105 cas.
Rupture tempestive..........................	245 —
Total..................	350 cas.

L'auteur commet une légère erreur en inscrivant 392 cas. Cette erreur provient de ce qu'il a inscrit 147 cas au lieu de 105, indiqué comme nombre des cas où le placenta était de 0 à 10 centimètres de l'orifice utérin.

Le placenta se trouvait donc inséré à 10 centimètres des bords de l'orifice utérin ou à une distance moindre, 350 fois sur les 1,394 accouchements observés; ce qui donne une proportion de 25,10 pour 100 ou de 1 sur 4. Si l'on ne tient compte que des accouchements à terme, soit 225, on aura, en chiffres ronds, la proportion de 1 sur 5,5, qui se rapproche beaucoup de la précédente.

Ainsi donc, sur 4 femmes grosses, il y en aurait en moyenne 1 dont le placenta serait inséré de 0 à 10 centimètres des bords de l'orifice utérin, et qui, par ce fait, serait exposée soit à l'accouchement prématuré, soit aux accidents d'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.

Le placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus, sur la *zone dite passive*, sur la *zone dangereuse de Barnes*, est en effet inséré vicieusement et se trouve à une distance de 8 centimètres de l'orifice interne. « Le placenta prævia latéral est celui dont le bord inférieur se trouve de 1 à 8 centimètres de l'orifice interne de l'utérus. » (Auvard, page 5).

Or le placenta prævia se rencontre, d'après les auteurs, une fois sur 300 à 350 accouchements environ. Müller, en additionnant les statistiques des divers observateurs, a trouvé 813 cas sur 876,432 accouchements, ce qui ne donne pas tout à fait un cas sur mille. M. Pinard, sur 6,960 accouchements, a noté 26 insertions vicieuses ayant occasionné des hémorrhagies, ce qui donne 1 insertion vicieuse sur 268 accouchements. Cette proportion est certainement trop forte, car elle est prise dans un service hospitalier.

Comment accorder ces chiffres? D'une part, nous trouvons 1 fois sur 4 cas le placenta inséré de 0 à 10 centimètres de l'orifice utérin, et d'autre part 1 fois sur 168 cas le placenta inséré sur la même zone (de 0 à 8 centimètres) donner lieu à des accidents graves d'hémorrhagie.

La zone de Barnes ne serait-elle donc pas aussi dangereuse qu'on le pense? Et si l'insertion du placenta sur cette zone est aussi fréquente, 1 fois sur 4 cas, et expose si rarement à des accidents, 1 fois sur 268 ou même 500 cas, cette insertion peut-elle, en vérité, être dite vicieuse? Pour rendre vicieuse cette insertion si fréquente, un autre facteur serait-il indispensable? Quel est-il?

L'importance de ces questions n'échappera à personne. Il devient indispensable de réunir de nouvelles observations qui viendront contrôler celles si instructives données par M. Pinard.

La proportion 1 sur 4 et 1 sur 268, résultent des chiffres mêmes fournis par l'auteur, et ces chiffres se rapportent à des accouchements observés dans son service, dans des conditions identiques.

Des statistiques qui donnent des résultats si dissemblables reposent-elles sur une base solide? Les conclusions formulées par l'auteur ne sont-elles caduques par ce fait, peuvent-elles avoir profit pour la science?

MARIUS REY.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS DE ZOOLOGIE MÉDICALE, par le docteur G. CARLET, Professeur à la Faculté des Sciences et à l'École de Médecine de Grenoble, membre correspondant de l'Académie de Médecine. 2e Édition entièrement refondue avec 512 figures dans le texte. Paris, 1888. G. Masson, 1 vol. 7 fr. 50.

Le nouveau *Précis de Zoologie Médicale* que nous présentons à nos lecteurs fait partie d'une « Bibliothèque Diamant des sciences médicales et biologiques » on ne peut mieux conçue et rédigée, à laquelle ont collaboré MM. Dieulafoy, Mathias Duval, Lereboullet, Dechambre, Colin, Onimus, Paulet, Lutaud, Spilmann, etc.

Comme traité de Zoologie médicale, c'est un des plus clairs et des mieux distribués que nous connaissions; on voit que M. Carlet a l'habitude de l'enseignement. Il est, d'ailleurs, lui-même un chercheur, et, chemin faisant, il nous donne pour telle ou telle partie le résultat de ses travaux personnels.

Après des considérations générales sur la Zoologie et quelques notions d'histologie et de physiologie générales, M. Carlet jette un coup d'œil d'ensemble sur les appareils et les fonctions des animaux, et, dans les chapitres suivants, il reprend cette étude en la spécialisant de plus en plus en passant des embranchements aux classes, puis aux ordres.

M. Carlet divise le règne animal en sept embranchements dont le premier, que d'autres naturalistes appellent Vertébrés, est désigné par lui sous le nom de *chordés*.

Leur caractéristique est de posséder à l'état embryonnaire, et quelquefois pendant toute la vie, un cordon cellulaire axial qui divise le corps en deux loges principales : l'une supérieure ou dorsale, contenant la portion centrale du système nerveux, l'autre inférieure ou ventrale, contenant les organes de la nutrition et de la reproduction.

L'embranchement des *chordés* se divise en trois sous-embranchements : Vertébrés proprement dits, acraniens (amphioxus, etc.) et tuniciers (ascidiens, etc.).

Dans chaque classe, l'auteur ne manque pas de donner quelques détails sur les animaux employés en médecine et sur ceux qui sont les parasites extérieurs ou intérieurs de l'homme et des animaux. L'origine et les métamorphoses de ces parasites sont tout particulièrement étudiées, et de nombreuses gravures viennent à l'appui du texte.

Il est inutile d'ajouter que la partie consacrée aux mammifères constitue, en ce qui concerne l'histologie, l'anatomie et la physiologie, un résumé de ces trois sciences, applicable à l'étude de l'homme lui-même.

En somme, comme nous le disions en commençant, le livre de M. Carlet est un excellent résumé bon à acquérir aussi bien pour l'étudiant que pour le praticien.

Dr DELVAILLE.

LA GOUTTE ET SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES DU FOIE ET DES REINS, par le docteur ROBSON ROOSE, membre du Collège royal d'Edimbourg, traduit par le docteur LUCIEN DENIAU.

Ce petit livre (car sa concision n'en est pas un des moindres mérites), nous présente une histoire très bien faite de la goutte, et, si l'on pouvait introduire ici une expression purement littéraire, je dirais très vécue. Toutes les parties d'exposition et de description sont d'une grande ressemblance, et dictées par une observation aussi lucide qu'étendue.

Le côté pathogénique ne ressort pas de l'observation directe. L'auteur expose à ce sujet des observations très intéressantes.

Il rappelle d'abord que trois théories principales se trouvent en présence, concernant la nature et l'origine de la goutte : 1° celle de Todd, suivant laquelle la goutte résulte de troubles digestifs accumulant dans le sang certains éléments morbides ; 2° celle de Garrod, attribuant l'état d'impureté du sang principalement à un trouble de la fonction rénale ; 3° celle de Cullen, supposant qu'un trouble nerveux serait le point de départ de la goutte articulaire.

Il est certain que l'acide urique est la *materies morbi* de la goutte ; la cause des accidents inflammatoires. Mais d'où provient cet acide urique, qui n'est pas seulement éliminé imparfaitement, mais qui est produit en excès ?

Après avoir étudié les sources et lieux d'origine de l'urée et de l'acide urique, un des points demeurés les plus obscurs de la chimie de l'économie, puis le rôle secondaire au point du rein, relativement à la formation et à l'élimination de l'acide urique, l'auteur, mettant à profit les expériences de Cl. Bernard, exprime qu'on doit attribuer au foie au moins trois fonctions : 1° sécrétion de la bile ; 2° formation du glycogène ; 3° destruction des substances albuminoïdes dérivées des aliments et des tissus organiques de l'économie, et formation à leurs dépens de l'urée et de l'acide urique.

L'excès d'acide urique dans l'économie est le fruit d'une transformation imparfaite des substances albuminoïdes. La cause de cette imperfection est en grande partie due au trouble fonctionnel de la glande hépatique, soit à une *suppléance* excessive des matériaux nutritifs, soit souvent à une combinaison (*sic*) de ces causes diverses. Aussi longtemps que le fonctionnement rénal est adéquat au travail d'élimination de cet acide urique en excès, les attaques franches de goutte peuvent être conjurées, mais les accidents, en tant que ressortissant à la diathèse urique, sont toujours en puissance...

La théorie hépatique, destinée à remplacer les théories digestive, rénale et nerveuse de la goutte, s'appuie sur des données physiologiques exactes. Je ne crois pas qu'elle trouve autant d'appui dans la pathologie. Je n'ai guère observé, pour mon compte du moins, l'hépatite chronique goutteuse de Trousseau, non plus que des relations significatives de calculs biliaires ou de désordres fonctionnels ou organiques du foie avec la goutte, même transitoires avec l'attaque de goutte.

Comme nous ne sommes pas en Angleterre, la goutte franche ne s'offre pas facilement aux yeux de tous les praticiens. Ceux-ci trouveront dans cet ouvrage des éléments suffisants pour se faire une idée nette et assez complète de la pathologie goutteuse.

Nous devons donc remercier le docteur Deniau d'avoir mis à leur portée l'intéressant traité du docteur Robson Roose. Nous lui demanderons seulement pourquoi il a traduit par *suppléance* (l'action de remplacer, Littré) le mot *supply*, que je suppose avoir existé dans le texte anglais, et qui signifie approvisionnement, fourniture (de l'acide urique).

MAX. DURAND-FARDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

STATISTIQUE DU DISPENSAIRE FURTADO-HEINE

Les médecins du Dispensaire Furtado-Heine viennent de publier la statistique des soins donnés pour l'année 1887. Nous relevons dans ce travail les chiffres suivants :

Le Dispensaire, pendant l'année 1887, a donné du 1er janvier au 31 décembre, 44,454 consultations. En comparant ce total avec celui de l'année 1886, qui était de 30,931 consultations, on constate pour l'année 1887 une augmentation de 13,523 consultations.

D'autre part, en 1887, 6,967 enfants nouveaux sont venus demander des consultations. L'année 1886 n'avait fourni que 4,758 enfants nouveaux, soit un accroissement de 2,209 enfants nouveaux.

Pour le service de *médecine*, il y a eu 3,981 nouveaux, 16,034 anciens.

Pour le service de *chirurgie* et d'*orthopédie*, il y a eu 1,025 nouveaux, 10,227 anciens (500 opérations, quelques-unes importantes, ont été pratiquées ; 323 appareils orthopédiques ont été donnés ; massages nombreux, électrisations, pansements, gymnastique, etc.).

Pour le service d'*ophthalmologie*, 830 nouveaux, 8,735 anciens.

Pour le service des *maladies des oreilles et du nez*, 357 nouveaux, 1,877 anciens.

Pour le service des *maladies des dents*, 704 nouveaux, 614 anciens.

Ces chiffres peuvent se passer de commentaires. Ils prouvent l'accroissement très considérable de la clientèle du Dispensaire Furtado-Heine. Ils indiquent les services rendus à la population pauvre et malade, si nombreuse, des enfants de Paris, et démontrent l'utilité de semblables créations.

BULLETIN

LE CONGRÈS D'ORAN. — INFLUENCE DE L'ALCOOLISME SUR LA CRIMINALITÉ. — L'ACETPHÉNÉTIDINE OU PHÉNACÉTINE. — LE CUMUL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE EN BELGIQUE.

L'Association française pour l'avancement des sciences, en tenant pour la seconde fois sa session annuelle en Algérie, a voulu contribuer à la mission civilisatrice que poursuit la France dans notre première colonie, et dont M. Laussedat,

dans son discours d'ouverture du Congrès d'Oran, a si bien esquissé les résultats déjà acquis, ainsi que ceux qu'il est permis d'espérer dans l'avenir. Partout où elle se transporte, l'Association française provoque un mouvement scientifique qui tourne toujours au profit des localités et des populations. C'est une occasion, en effet, pour celles-ci, de faire connaître la part qui leur revient dans les nouvelles conquêtes de l'esprit humain, et celles qu'elles ont droit de revendiquer dans la répartition des bienfaits résultant de ces mêmes conquêtes. Jusqu'à ce jour, il va sans dire, l'Algérie a en plus à recevoir qu'à donner, et il en sera ainsi sans doute pendant de longues années encore. Mais rien n'engage autant que les services rendus, surtout de la part d'une métropole, et nous partageons volontiers, d'autre part, les espérances de M. Laussedat quand il dit :

« Attirons donc à nous, dans nos écoles d'Algérie qu'on ne saurait trop multiplier, les jeunes générations de toutes les races, traitons-les avec la même sollicitude, et nous pourrons bientôt compter sur le dévouement de tous à ce que, dans leur reconnaissance, ils appellent la patrie commune. Si l'on m'accusait d'illusions, je répondrais que nous avons déjà vu un grand nombre d'indigènes s'attacher fortement à la France, et ici même, aux portes d'Oran, nous avons éprouvé la fidélité des Douair et des Smala, au temps des fanatiques prédications d'Abd-el-Kader et de ses rêves ambitieux. »

Comme justification de ce qui précède, nous trouvons que le premier membre du Congrès qui a eu la parole dans la section des sciences médicales, est un médecin indigène d'Inkermann, le docteur Mohammed ben Nekkach, qui a fait une communication très intéressante sur le traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer et le lait. Après lui, d'autres orateurs ont appelé l'attention des membres de la section médicale sur des questions plus spéciales à la colonie ; nous citerons, entre autres, une communication de notre ancien collaborateur, M. le docteur Benjamin Milliot, sur l'organisation de la médecine de colonisation, en particulier sur les conditions sanitaires de la circonscription de Bugeaud ; puis celles de M. Mondot (d'Oran) sur le manuel opératoire de la circoncision chez les Israëlites ; de M. Pauly (d'Oran) sur le climat algérien ; de M. Brémond (d'Oran) sur la résistance du bétail algérien à contracter certaines maladies contagieuses, etc., etc. Ces quelques citations suffisent pour montrer que l'élément local ou indigène a participé activement, ainsi que nous le disions plus haut, au mouvement suscité par le Congrès, et que le but de l'Association est ainsi atteint.

— L'influence de l'alcoolisme sur la criminalité est admise par tout le monde ; mais dans quelle mesure s'exerce cette influence ? C'est ce que M. Marambat, attaché aux prisons de la Seine, et bien placé pour faire de semblables recherches, a demandé à la statistique et communiqué à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Il a pu compulser les dossiers de 2,950 individus condamnés par les tribunaux. Il a trouvé 70,9 p. 100 d'ivrognes dans les cas de vols, abus de confiance, escroquerie ; 88 p. 100 dans les actes de violence contre les personnes ; 77 p. 100 dans les actes de violence contre les propriétés ; 53 p. 100 dans les actes concernant les mœurs ; 79 p. 100 dans les faits de vagabondage, etc... D'autre part, la proportion des criminels croît avec le nombre des cabarets. Comme ceux-ci sont moins nombreux dans les départements pauvres, c'est aussi dans ces départements que la criminalité est moindre.

Le remède à ce mal social n'est pas facile à appliquer. L'augmentation du produit des licences, qui aurait pour effet la diminution du nombre des cabarets et permettrait de dégrever d'autant les boissons saines, est une mesure excellente, mais insuffisante. Rien ne vaut, suivant M. Marambat, comme une bonne éducation donnée dès l'enfance et l'habitude de l'économie. Il préconise à cet effet les caisses d'épargnes scolaires comme pouvant rendre les plus grands services. Le mal est si profond et le problème social si complexe, qu'on ne saurait manquer de retenir tout moyen propre à agir, même dans une sphère restreinte.

— Aucune époque ne fut guère plus féconde que la nôtre en nouveaux remèdes et, parmi ceux-ci, les antithermiques occupent un des premiers rangs. A côté de l'antipyrine, de l'acétanilide, de la kairine, de la thalline, etc., voici l'acétphénétidine ou phénacétine, qui semble devoir rivaliser avec les deux premières. Bien que d'une solubilité moindre, elle est plus active ; à la dose de 0 gr. 30, elle produit, d'après les expériences de M. Dujardin-Beaumetz communiquées à la SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE, chez les fébricitants, les typhoïdiques, les tuberculeux, un abaissement de température pouvant aller jusqu'à 3 degrés et se maintenant pendant huit à dix heures. Son action est rapide ; elle ne produit pas de cyanose comme l'acétanilide ; elle a des propriétés analgésiques plus puissantes que celles de cette substance et de l'antipyrine.

La phénacétine est un corps blanc, cristallisé, insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, offrant les réactions des oxy-phénols. Elle donne une coloration verte avec le sulfate de cuivre et une coloration rouge avec le perchlorure de fer. Elle a été portée à la dose de 0 gr. 50 en Allemagne et en Russie ; celle de 0 gr. 30, donnée en cachets, paraît suffisante à M. Dujardin-Beaumetz.

— Le corps médical belge est en ce moment vivement ému d'un projet de loi ministériel ayant pour objet l'abolition du cumul de la médecine et de la pharmacie. Cette mesure est adoptée en principe depuis longtemps, mais, aux termes d'une sorte de traité médico-pharmaceutique conclu en 1868 et confirmé en 1880, tout médecin ou chirurgien profitant de l'autorisation de délivrer des médicaments au moment de la promulgation de la loi, devait continuer d'en jouir aussi longtemps qu'il résiderait dans la même localité ou dans une commune où le cumul serait permis.

D'après le projet ministériel, la transition serait plus brusquée. D'un côté, en effet, pour jouir de la faveur en question, les médecins devraient tenir officine depuis plus de trois ans ; de l'autre côté, la prolongation de cette faveur ou de ce privilège serait limitée à 15 ou 5 ans.

Les pharmaciens, il va sans dire, soutiennent le projet du ministre. Les médecins font valoir qu'un grand nombre de praticiens seront gravement atteints dans une situation péniblement conquise, et qu'ils devront quitter les localités où ils exerçaient pour venir encombrer des centres plus importants, d'où, comme conséquence, une répartition vicieuse du personnel médical à la surface du pays, répartition pouvant compromettre l'intérêt majeur de la santé publique.

La Fédération médicale belge, dans une circulaire adressée aux Sociétés locales, cherche à provoquer dans le corps mé-

dical une agitation ayant pour but de chercher et de mettre en œuvre tous les moyens propres a éclairer, à convaincre les représentants de la nation et à faire maintenir les dispositions du traité médico-pharmaceutique rappelé plus haut.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Épidémies. — Dans sa dernière séance, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a entendu lecture du rapport de M. le docteur Thoinot sur l'épidémie de fièvre typhoïde du lycée de Quimper, en février-mars 1888.

Cette épidémie présenta les caractères principaux suivants :

Début brusque; atteinte massive des sujets

Les internes et les demi-pensionnaires furent seuls frappés, dans la proportion de 1 sur 6 pour la morbidité et de 1 sur 11 pour la mortalité.

Les externes furent tous épargnés.— Aucune épidémie typhoïde ne régnait à Quimper.

Or, tandis que la ville fait usage d'eau de source, le lycée consomme une eau spéciale provenant d'une citerne et d'un puits-source. D'autre part, dans le voisinage de ce puits, passe un égout qui reçoit des matières de vidange et n'est pas construit de façon à ne pas les laisser échapper. Enfin, le lycée est dominé par un plateau, qui sert de champ de foire, et où s'accumulent les matières fécales. Celles-ci, s'insinuant avec les urines dans le terrain sous-jacent, peuvent souiller le sous-sol du lycée et en contaminer les eaux.

Aussi tout porte-t-il à croire que l'eau a été le véhicule des germes typhiques. M. Roux, sous-directeur du laboratoire de M. Pasteur, y a, du reste, trouvé le bacille typhique.

Le fait suivant confirme encore d'une façon remarquable ces vues étiologiques :

Une femme habitant en face du lycée fut atteinte de fièvre typhoïde. Or, elle ne buvait que de l'eau, et *de l'eau du lycée*, qu'elle puisait au robinet de la loge du concierge.

Elle fut prise le 18 février, en même temps que le petit-fils du concierge, et succomba le 9 mars. Ce fut le seul cas observé en ville.

Des mesures provisoires ont été prises immédiatement pour filtrer les eaux d'alimentation des élèves du lycée, et la municipalité s'est empressée de mettre à l'étude pour l'avenir un projet d'amenée d'eau qui empêchera très probablement le retour de ces accidents. *(Bulletin médical.)*

Le secret professionnel. — Le docteur R... tient à Dôle une maison de santé. Il a eu comme pensionnaire, du 31 mai au 6 juin 1887, une dame X..., qui parvint à s'évader après dix jours de traitement.

Après son évasion, Mme X... fut soumise à l'examen de trois spécialistes, conformément à une ordonnance du tribunal de Dôle. Ces trois médecins déclarèrent, dans leur rapport, que Mme X... ne devait pas être réintégrée dans la maison de santé du docteur R..., son état ne présentant aucun danger pour la société.

Le docteur R... fit alors paraître une brochure intitulée : *Observations sur la manie raisonnante*, dans laquelle Mme X.. était suffisamment désignée pour que le parquet poursuivît d'office l'auteur pour violation du secret professionnel. C'est dans ces conditions que l'affaire est venue devant le tribunal de Dôle. Le procureur de la République a requis une condamnation.

Le tribunal, reconnaissant le docteur R... coupable du délit de violation du secret professionnel, l'a condamné à 200 fr. d'amende et 2.000 fr. de dommages-intérêts.

— Une station bactériologique pour le traitement de la rage par la méthode Pasteur, a été inaugurée à Kharkow.

— Une Société d'anthropologie vient d'être fondée à Saint-Pétersbourg sous la présidence du professeur A. Inostrantzeff.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Puech est maintenu, jusqu'au 31 octobre 1888, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Curtis est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Colas, dont le temps d'exercice est expiré.

Assistance publique. — Amphithéâtre d'anatomie de l'Assistance publique, à Paris :

1o Cours de médecine opératoire :

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 16 avril 1888, à quatre heures.

2o Conférences d'histologie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Concours. — Des concours s'ouvriront devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour les emplois de suppléants à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, à savoir :

Le 5 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie;

Le 9 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale;

Le 14 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle;

Le 19 novembre 1888, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Un concours s'ouvrira, le 5 novembre, 1888, devant la Faculté de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Académie royale de médecine de Belgique. — *Programme des concours*.—1886-1888.—Étudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique.

Prix : 500 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1888.

1888-1889. — Établir et discuter les moyens de diagnostic différentiel des tumeurs du ventre.

Prix : 600 francs.—Clôture du concours : 15 mars 1889.

Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes.

Prix : 600 francs.— Clôture du concours : 15 mars 1889.

Prix fondé par un anonyme.—Élucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.

Prix : 8,000 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1888.

Des encouragements de 300 à 1,000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Le Secrétaire de l'Académie, Dr W. ROMMELAERE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Pons. De quelques considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Injections hypodermiques d'eucalyptol. — M. Lamy. Du vomissement utérin en dehors de la grossesse. — M. Leconte-Marcel. La résorcine en médecine.

M. Hischmann. Intoxications et hystérie. — M. Morin. Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique. — Typhase syphilitique.

M. Lepage (Gabriel). Applications du forceps au détroit supérieur. — M. Lebel. Des épilepsies par troubles de la circulation.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 AU SAMEDI 31 MARS 1888.

Fièvre typhoïde 9.—Variole 4.— Rougeole 11. — Scarlatine 4. — Coqueluche 11. — Diphtérie, croup, 46 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 218.— Autres tuberculoses 23. — Tumeurs : Cancéreuses 33. — Autres 8. — Méningite 27. — Congestion et hémorr. cérébrales 63. — Paralysie 5.— Ramollissement cérébral 17.—Maladies organiques du cœur 75.— Bronchite aiguë 38. — Bronchite chronique 51. — Broncho-pneumonie 29.— Pneumonie 84. — Gastro-entérite : Sein 15. — Biberon 42. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 18. — Sénilité 37. — Suicides 22. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 196. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 1122 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Étude des localisations angio-cardiaque typhoïdiques, leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées, par MM. Landouzy, agrégé de la Faculté, et A. Siredey, chef de clinique de la Faculté. — Paris, Félix Alcan, éditeur.

La cocaïne en chirurgie dentaire, par A. Préterre.—Paris, J.-B. Baillière et Cie, 1887.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 14 15 AVRIL 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.**

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE PROVOQUÉE PAR LA MARCHE. — Etude clinique et pathogénique, par ALBERT ROBIN, Membre de l'Académie de médecine.

L'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* a fait l'objet de nombreux travaux, et si sa pathogénie reste encore obscure, sa clinique paraît maintenant bien établie. Mais on connaît moins les accès qui peuvent survenir sous l'influence de la marche ou de la fatigue.

Fleischer (*Berliner klin. Wochenschrift*, no 47, 1881), a rapporté un cas d'hémoglobinurie dans lequel les crises survenaient invariablement après la marche, alors que tout autre exercice, même violent, était impuissant à les produire. Dubois (*Corresp. Blatt f. d. Schweiz. Aertze*, no 9, 1882), a publié un cas analogue. Enfin Strühing (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, no 1, 1882), raconte l'histoire d'un homme de 29 ans qui avait des accès d'hémoglobinurie quand il s'était livré à des exercices violents.

Ces diverses observations, fort intéressantes à divers titres, ne nous fournissent rien de bien précis sur la genèse de cette curieuse maladie. Et c'est pourquoi je crois devoir publier un nouveau cas d'hémoglobinurie paroxystique survenant après la marche, d'autant qu'il fournira matière à quelques considérations nouvelles sur l'étiologie et la pathogénie, ainsi que sur une complication secondaire rare, mais possible, à laquelle cette affection peut donner lieu.

Un jeune homme de 16 ans, d'une santé parfaite, sans aucun antécédent de famille, remarqua en février 1885 qu'après une promenade faite avec ses camarades, son urine était rouge et trouble. Comme ce phénomène disparut en quelques heures, il n'y fit d'abord pas attention ; mais bientôt il s'aperçut qu'à chaque promenade un peu longue, la coloration rouge des urines reparaissait pour cesser après un temps variant de 6 à 24 heures. Aux vacances de Pâques, ce jeune homme s'en vint à Dijon, dans sa famille, et, dès le lendemain de son arrivée, après une course d'une demi-heure, il remplit la moitié d'un vase d'une urine épaisse et rougeâtre. Dans la soirée, les urines présentaient encore la même coloration ; pendant la nuit, la teinte s'atténua. Enfin, à l'émission de midi, l'apparence redevint normale. L'accès avait duré en tout quinze à seize heures.

Les parents, effrayés, firent aussitôt appeler leur médecin habituel, M. le docteur Collette, auquel l'examen le plus approfondi ne révéla rien d'anormal, soit dans l'état général, soit dans l'état local. Le facies excellent, l'appétit très régulier, le sommeil normal, bref aucun trouble, sauf peut-être une légère pesanteur lombaire. L'urine ne renfermait pas d'albumine. L'examen de tous les organes fournit un résultat négatif.

M. le docteur Collette pensa d'abord à une hématurie d'origine calculeuse ; mais la parfaite santé antérieure, le peu d'intensité de la douleur lombaire et sa rapide disparition, lui firent bientôt abandonner cette hypothèse, et l'idée lui vint d'une hémoglobinurie paroxystique.

FEUILLETON

UN MÉDECIN NATURALISTE EN PROVINCE, LÉON DUFOUR.

Suite. — Voir le numéro précédent.

II. — LES ÉTUDES MÉDICALES

Léon Dufour n'avait pas encore vingt ans lorsqu'il quitta sa famille pour aller commencer ses études de médecine. C'était durant l'automne de 1799. Il arrivait à Paris avec un de ses condisciples de l'Ecole centrale de Saint-Sever, avec J. Dufau (de Mont-de-Marsan), fils d'un ami du père Dufour. Ils logèrent ensemble, vivant à frais communs ; et ayant déjà des notions suffisantes sur les sciences physiques, chimiques et naturelles, ces sciences que les médecins appellent accessoires, ils purent de suite aborder directement l'étude de la médecine. Léon Dufour dit n'avoir séjourné à Paris que cinq ans et demi. D'après les dates qu'il nous donne dans son journal, ce serait six ans et demi qu'il y aurait passés. Depuis l'automne de 1799 jusqu'au 14 mars 1806, date de la soutenance de sa thèse, cela fait bien six ans et demi. Ces six ans et demi, Dufour les passa à Paris d'une manière continue, c'est-à-dire sans vacances. Et cela se comprend quand on sait qu'il lui avait fallu huit jours pour venir à Paris *en diligence*. Les vacances pour lui consistaient en excursions botaniques, entomologiques ou géologiques dans les environs de Paris (Bondy, Marly, Meudon, Saint-Germain, Villeneuve-Saint-Georges, Longjumeau, etc., etc.) Celle de ses excursions qui semble l'avoir satisfait le plus complètement, c'est un voyage à la forêt de Fontainebleau entrepris avec un ami de Tarbes, et dont il a décrit avec soin et en détail les péripéties (p. 25-30).

Ces promenades scientifiques étaient pour Dufour une préservation hygiénique contre les conditions peu salubres de la scolarité médicale en même temps qu'une récompense bien agréable de son assiduité au stage hospitalier et aux cours de l'école. C'était mieux encore. Sa passion pour l'étude des sciences naturelles, particulièrement de la botanique et de l'entomologie, devint un *palladium* contre tant d'autres passions qui assiègent ordinairement les jeunes gens de son âge. Il lui consacrait tous les loisirs que lui laissait l'étude de la médecine ; ce goût le préserva encore d'autres

Il me fit l'honneur de me demander mon avis A deux reprises différentes, nous fîmes faire à notre jeune malade une course de trois kilomètres. Chaque fois, l'accès d'hémoglobinurie se reproduisit.

Pendant le dernier, l'urine fut recueillie, et son analyse me fournit les caractères suivants :

I. Urine recueillie après une marche de trois kilomètres. — Emission de 9 à 11 heures du matin.

Cette urine est rouge-foncé, trouble ; elle laisse déposer par le repos un sédiment rouge, brunâtre, peu abondant. Son aspect est franchement hémoglobinurique. Réaction faiblement acide.

Le dépôt est constitué par des globules blancs chargés de granulations pigmentaires, des amas isolés de pigment noir, des gouttelettes de graisse, des masses bleues d'uroglaucine et des débris de couleur brunâtre.

Quantité.............	65 cc.		
Densité...............	1.030 5		
Matériaux solides......	6.638	par litre	71.35
Urée..................	1.709	id.	26.30
Chlorures.............	0.747	id.	11.50
Acide phosphorique.....	0.084	id.	1.30
Ph^2O^5 à Az..........	10,5 0/0.		

Cette urine précipite par la chaleur et par l'acide nitrique, mais l'albumine est très peu abondante. L'évaluation approximative avec le tube d'Esbach fournit 0 gr. 50 par litre.

L'acide urique paraît considérablement augmenté. Une évaluation approximative a donné 0 gr. 900 par litre.

L'urohématine est augmentée. L'indican est très appréciable.

L'examen spectroscopique ne laisse aucun doute sur l'existence de l'hémoglobine.

II. Urine recueillie de 11 h. du matin à 5 h. du soir.

La coloration a très sensiblement diminué. Le dépôt est fort réduit, mais il a la même teinte brunâtre. Réaction très acide.

Il est formé de très rares globules blancs fortement pigmentés, de masses d'hématoïdine, d'amas d'uroglaucine, de pigment noir et de quelques vastes cristaux d'acide urique.

Quantité..............	190		
Densité...............	1.024 5		
Matériaux solides.......	10.88	par litre	57.28
Urée..................	4.644	id.	24.55
Chlorures.............	1.170	id.	6.20
Acide phosphorique.....	0.285	id.	1.50
Ph^2O^5 : Az..........	13,1 0/0.		

L'albuminurie a sensiblement augmenté; le tube d'Esbach donne 1 gr. par litre. L'acide urique a notablement diminué. L'indican est très diminué, mais l'urohématine a plus que doublé.

L'hémoglobine n'existe plus qu'à l'état de traces.

III. Urine recueillie de 5 h. du soir à 9 h. du matin.

La coloration est absolument normale; il n'existe plus de sédiment. Réaction franchement acide.

Au microscope, on trouve dans l'hypostase nubéculeux déposé au fond du verre, des spermatozoïdes, de rares globules blancs encore pigmentés et quelques grosses cellules vésiculeuses ayant une certaine analogie avec celles des tubes de Bellini.

Quantité..............	750 cc.		
Densité...............	1.026 5		
Matériaux solides......	46.50	par litre	62.01
Urée..................	17 89	id.	23.86
Chlorures.............	2.35	id.	4.7
Acide phosphorique.....	2.437	id.	3.25
Ph^2O^5 : Az..........	29,1 0/0.		

L'albumine n'est plus décelable par la chaleur; l'acide nitrique donne encore un nuage léger.

L'acide urique n'a pas varié ; sa quantité est toujours assez considérable.

L'indican a disparu ; l'urohématine est très augmentée. Il n'y a plus trace d'hémoglobine.

Le diagnostic d'hémoglobinurie paroxystique était confirmé, et la marche devait être considérée comme la cause certaine de l'accès. Nous conseillâmes le repos, les toniques et l'acide arsénieux à la dose de 4 milligr. par jour. Puis, comme cette grande quantité d'acide urique nous sembla devoir être prise en considération, nous fûmes d'avis de soumettre le malade au régime lacté mixte et à la diète des uricémiques.

Ce régime et ce traitement produisirent les meilleurs effets. Le jeune malade rentra dans sa pension et vit diminuer ses accès, en ce sens qu'il pouvait faire une petite promenade avec ses camarades sans avoir d'hémoglobinurie.

Les choses se passèrent ainsi jusqu'en septembre 1885, époque à laquelle il alla faire un voyage en Suisse. Après quelques jours de santé parfaite, il fit une étape de cinq kilomètres dans un terrain accidenté : immédiatement, l'urine redevint rouge foncé. Mais l'accès disparut à ce point rapidement que dans la soirée même tout était terminé.

Quelques jours plus tard, à la suite d'une promenade à quatre kilomètres en terrain plat, nouvel accès, qui, cette fois, s'accompagne d'une vive douleur de reins, laquelle cessa subitement et fut suivie de l'expulsion par l'urèthre d'une masse de la grosseur

écueils : il ne connut jamais « la lèpre de l'oisiveté et de l'ennui ».

Parmi les hôpitaux ou hospices où il eut à remplir les fonctions d'élève, assistant aux visites chaque matin et souvent le soir, Dufour cite : 1° *La Salpêtrière*, dans les salles du professeur de clinique médicale, M. Landré-Beauvais ; il y assistait aussi quelquefois à la visite du service des aliénés dirigé par le professeur Pinel ; 2° *la Charité*, l'hôpital où Boyer, le célèbre auteur du *Traité des maladies chirurgicales*, le chirurgien de l'Empereur, attirait la foule des étudiants ; 3° l'*Hospice de l'Ecole*, créé par Dubois ; 4° l'*Hôpital Saint-Louis* dont le chirurgien en chef était Richerand, l'élégant professeur de physiologie à l'Ecole de médecine.

Au moment où notre étudiant commença ses études médicales, le règne de Bichat jetait tout son éclat. Mais hélas ! « ce règne fut celui d'un météore lumineux ! » et Dufour ne tarda pas à assister, comme tant d'étudiants, aux obsèques (1) de cette célébrité médicale, qui descendit dans la tombe avant d'avoir atteint l'âge de trente et un ans (1802). « Bichat, dans cette courte apparition, avait fondé une école qui enthousiasmait, qui électrisait toute la jeunesse studieuse ; c'est là un des privilèges du véritable génie. Il était le Boerhaave de nos jours. Son livre *Sur la vie et la mort* avait produit une vive et profonde sensation ; ce fut le trait précurseur d'une lumière progressive. *L'Anatomie générale* de Bichat, son plus beau titre à la gloire, fut le premier jet de cette lumière. Cet ouvrage hors ligne fourmillait d'idées neuves et grandioses accueillies avec une surprenante avidité et devint la source de nombreuses réputations médicales », parmi lesquelles Dufour cite Broussais, Laënnec, Roux, Blaud, Bayle, Breschet, Marjolin, Dubuisson.

Avec bien d'autres qualités du cœur, Dufour avait à un haut degré la gratitude du souvenir. Aussi n'oublie-t-il pas de nous donner la liste de ses plus intimes condisciples de Paris.

Ils s'appelaient : J. Dufau, de Mont-de-Marsan, son ami d'en-

(1) Quarante-trois ans plus tard, Léon Dufour se trouvant à Paris, le 16 novembre 1845, jour où l'on fit la translation des restes de Bichat depuis le cimetière de Clamart jusqu'au Père-Lachaise, en passant par Notre-Dame, put assister également à cette funèbre et solennelle cérémonie.

d'un très petit pois, très molle, qui fut examinée par un pharmacien de Fribourg et qui était constituée par un lacis fibrineux enserrant des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique.

Cet accident détermina la famille à m'appeler de nouveau le 23 septembre 1885.

Le malade me parut en parfait état; il avait engraissé, ne se plaignait d'aucun trouble, et la seule chose que je pus constater, ce fut un léger degré d'anémie.

Afin de me rendre compte par moi-même des changements qui avaient pu survenir dans ses accès d'hémoglobinurie, je lui fis faire une marche de quatre kilomètres sur un terrain plat, après m'être assuré que l'urine émise au moment où il allait se mettre en route était absolument normale sous tous les rapports.

Quand il rentra à la maison, je le fis uriner devant moi, le liquide rendu était rouge vif. Les urines des émissions successives furent également recueillies. Leur coloration alla en s'atténuant graduellement jusqu'au soir, où tout était rentré dans l'ordre.

L'analyse sommaire que je pus pratiquer sur place, chez un pharmacien de la localité, me donna les résultats ci-dessous:

I. Première urine, émise au retour de la promenade de quatre kilomètres :

Les caractères physiques sont les mêmes que ceux de l'urine émise lors de mon premier examen. Elle est rouge foncé, laisse déposer un sédiment brun abondant. Sa réaction est très acide.

Dans le dépôt, quelques globules blancs, mais surtout une grande quantité de débris de couleur brunâtre. L'examen le plus minutieux ne décèle aucune globule rouge.

Au spectroscope, raies caractéristiques de l'hémoglobine.

Quantité........	181cc		
Densité.........	1018		
Matériaux solides	7.656,	par litre,	42.12
Urée	3.105,	—	17.06
Albumine........	1.175,	—	6.40

II. Seconde émission, deux heures après la première :

Mêmes caractères physiques, microscopiques et spectroscopiques.

Le dépôt, cependant, est très notablement diminué. La réaction est moins acide.

Quantité.........	75cc		
Densité..........	1326		
Matériaux solides	4.563,	par litre,	60.840
Urée	1.853,	—	24.72
Albumine.........	0.510,	—	6.80

III. Troisième émission, deux heures plus tard :

L'urine pâlit; elle est rouge clair. Le dépôt a disparu. Les raie de l'hémoglobine sont encore très accusées. Réaction acide.

Quantité.........	85cc		
Densité..........	1022		
Matériaux solides	4.375,	par litre,	51.48
Urée	2.050,	—	24.12
Albumine.........	0.010,	—	0.11

IV. Quatrième émission, six heures plus tard :

L'urine est absolument normale, citrine, transparente, sans sédiment. Réaction acide.

Quantité.........	354cc		
Densité..........	1016		
Matériaux solides	14.59,	par litre,	41.18
Uurée............	7.288,	—	20.59
Albumine.........	0		»

Immédiatement après la marche, quand j'eus recueili la première urine chargée d'hémoglobine, je fis une petite prise de sang de 50 gr. environ, que je laissai coaguler. Le *sérum* présentait sa coloration jaune pâle normale.

En présence de ce retour offensif de la maladie, nous conseillâmes le repos absolu et la stricte observation du régime et du traitement auxquels le malade avait été précédemment soumis Puis on lui permit progressivement des promenades, d'abord très courtes, dont on augmenta lentement la durée.

Vers le mois de novembre, le malade peut faire une course de cinq kilomètres sans accident, et nous le considérons comme guéri.

Toutefois, avant de lui permettre de reprendre ses études et sa vie habituelle, nous jugeâmes à propos de procéder à une nouvelle expérience et à une dernière analyse de l'urine.

Celle-ci fut recueillie à chaque émission est divisée en trois parties.

La première comprit les émissions de 1 h. à 9 h. du soir, le malade étant au repos dans sa chambre, mais non couché, c'est-à-dire effectuant toujours quelque mouvement.

La seconde correspondit à un repos absolu, au lit, de 9 h. du soir à 9 h. du matin.

A 9 h., nous fîmes faire à notre malade une promenade de quatre kilomètres; nous lui permîmes, au retour, de marcher à son aise vers la maison. L'urine recueillie de 9 h. du matin à 1 h. du soir constitue la troisième portion.

Voici maintenant quels furent les résultats des examens successifs de ces trois portions :

1re portion. — De 1 h. de l'après-midi à 9 h. du soir. — Période de repos relatif.

---

fance; Blaud, de Beaucaire, auteur d'un poème sur la médecine (l'*Art médical*), mort en 1859 à l'âge de quatre-vingt-huit ans; Rullier, d'Angoulême, devenu médecin à la Charité; Breschet, qui fut plus tard professeur d'anatomie et chirurgien à l'Hôtel-Dieu; Marjolin, destiné à illustrer la chaire de chirurgie de l'Ecole de Paris; Roux, gendre de Boyer, qui parvint aussi au professorat et fut membre de l'Institut; Pariset, le futur secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Capuron (qui était de Larroque Saint-Sernin, dans le Gers), Capuron, qui se fit une réputation en médecine légale et surtout en obstétrique, le père Capuron, qui fut étudiant toute sa vie; Payen, père du célèbre chimiste de ce nom, Magendie, *grand cynicide;* Beaulac, d'Aire, qui était mieux que le condisciple, qui était l'ami de Dufour et qui, devenu médecin militaire, eut les pieds gelés à la campagne de Moscou et mourut aveugle.

Mais ce n'était pas à ces seuls condisciples et amis qu'était réservée cette reconnaissance de la mémoire. Dufour l'étendait à tous ses maîtres, à toutes les célébrités de la science : « Je ne sais rien, disait-il dans sa vieillesse, de plus heureux pour un homme qui a vu plus de trois cents saisons et qui s'est adonné toute sa vie à la culture des sciences, que d'avoir la faculté de ressusciter dans ses souvenirs et d'inscrire dans son carnet intime les noms des savants qu'il a vus ou qu'il a connus, ou avec lesquels il a entretenu des relations. »

Le jeune Dufour suivait régulièrement les séances de l'Académie des sciences, où il voyait, dans les cinq premières années du siècle actuel, les célébrités scientifiques de l'époque. Il était loin de penser qu'un jour il aurait l'insigne honneur d'y siéger.

Et les 56 savants qui faisaient alors partie de cette section de l'Institut, Dufour pouvait écrire cinquante ans après qu'il les avait tous connus, qu'il se rappelait leurs traits de manière à pouvoir en faire une monographie. Trois seulement survivaient alors (1856) : Humboldt, Biot et Duméril.

En 1805, le célèbre botaniste Adanson existait encore (il ne devait mourir que l'année suivante), et Dufour signale l'étonnement qu'il éprouva lorsqu'on le lui désigna sur un siège de l'Académie des sciences; il le croyait mort, en même temps que Linné, tant ses *familles naturelles* des plantes et ses idées originales en botanique lui semblaient surannées. « Confus de cette ignorance chronologique à l'aspect d'un tout petit vieillard, qui devait appro-

Caractères physiques normaux.— Pas de sédiments.— Réaction acide. — Quantité, 330cc. — Densité, 1024. — Pas trace d'albumine. — Urohématine un peu augmentée.

Après quelques heures de repos, on trouve au fond du verre un léger nubécule dans lequel l'examen microscopique révéle de très rares globules blancs, quelques cristaux d'acide urique, de rares amas de pigments noirs et d'uroglaucine.

2e portion. — De 9 h. soir à 9 h. du matin. Période de repos absolu.

Mêmes caractères physiques. — Aucun sédiment. — Réaction très acide. — Quantité, 510cc. — Densité, 1022. — Pas traces d'albmine. — L'acide urique paraît sensiblement augmenté.

L'enéorème qui se forme dans cette urine après quelques heures de repos, contient une assez grande quantité de cristaux d'acide urique.

3e portion.— De 9 h. du matin à 2 h. de l'après-midi.— Période de marche.

Couleur normale. — Transparence moindre, aspect un peu louche. — Léger sédiment par le repos. — Quantité, 152cc. — Densité, 1019. — Traces à peine perceptibles d'albumine. — Réaction très acide. — Acide urique plus abondant.

Au microscope, globules blancs peu nombreux, pigment noir, quelques cellules rondes semblables à celles des tubes de Bellini, cristaux d'acide urique.

L'analyse chimique des trois portions réunies fournit les chiffres ci-dessous :

Quantité..........	992cc
Densité..........	1022
Matériaux solides.	41.06
Urée..........	23.58
Chlorures.........	9.42
Acide phosphorique	1.736
Ph2Oz : Az........	15.8

Ces examens me prouvérent que, pendant la période de repos absolu, l'urine était normale dans la plupart de ses caractères; que le repos relatif n'exerçait qu'une influence inappréciable sur la sécrétion urinaire; enfin, que la marche prolongée laissait apparaître quelques globules blancs, de grosses cellules de Bellini et des traces d'albumine.

Par conséquent, la marche produisait encore une légère congestion rénale; il y avait lieu d'en surveiller attentivement la durée, et de ne rendre le malade absolument libre de ses mouvements que le jour où toute trace d'albumine provoquée par la marche aurait disparu.

On suivit scrupuleusement ces prescriptions, et, quelques mois après, tout avait définitivement disparu. Notre jeune homme était rentré dans sa vie normale, pouvait partager les jeux de ses camarades, courir et faire de longues excursions sans que l'urine contint d'hémoglobine ou même d'albumine. La guérison était parfaite : je puis dire qu'elle ne s'est pas démentie depuis lors.

Cette observation peut éclairer quelques-uns des points obscurs de l'hémoglobinurie.

D'abord, elle plaide en faveur de l'*origine rénale* de l'hémoglobinurie.

Voici, en effet, un individu parfaitement bien portant, sans tare héréditaire ou acquise, qui rend de l'hémoglobine chaque fois qu'il fait une marche un peu longue. Le sérum du sang garde pendant l'accès sa coloration normale, et l'examen spectroscopique n'y révèle aucune trace d'hémoglobine. Cette absence de toute coloration du sérum laisse donc à penser que la destruction des globules rouges s'opère dans le rein lui-même. D'ailleurs, la présence dans le sédiment, au moment de l'accès, d'une grande quantité de débris organiques teintés de brun, débris qui ne peuvent guère provenir que des hématies détruites, vient apporter à cette opinion une importante confirmation. Il en est de même des globules blancs et du pigment noir que l'on a rencontrés d'une manière constante dans le sédiment.

Si j'ai une grande tendance à admettre l'origine rénale de cette variété d'hémoglobinurie paroxystique, j'avoue que je suis fort embarrassé pour déterminer la *manière dont elle se produit*. La grande quantité d'acide urique trouvée dans l'urine au moment des accès pourrait donner à penser que la présence de cet acide joue un rôle dans la dissolution des hématies. Je n'en crois rien pour deux raisons : la première, c'est qu'en maintes circonstances on rencontre dans l'urine des quantités d'acide urique beaucoup plus considérables sans que les globules rouges que cette urine peut contenir subissent d'altérations destructives; la seconde, c'est qu'après la guérison de l'hémoglobinurie, l'urine renfermait encore de fortes proportions d'acide urique.

Il faut donc se borner à constater le fait, sans invoquer de hasardeuses hypothèses.

Un dernier point intéressant à noter, c'est le singulier accident qui est arrivé à notre jeune malade pendant son voyage en Suisse. Cette fois, la marche produisit un accès très différent de tous les autres. Il y eut bien de l'hémoglobinurie, mais celle-ci, au lieu de constituer le seul et unique phéno-

---

cher de quatre-vingts ans maigre, chétif, ridé, à cheveux gris assez longs et rares, à l'œil vif et spirituel », il se rappelait, par contraste « l'*Adansonia baobab*, l'arbre le plus colossal, le plus pérenne du globe, puisque, d'après le nombre de ses couches ligneuses, on lui supposait une longévité de six mille ans ».

Dès la première année de son séjour à Paris, Léon Dufour se lia « d'une amitié qui devint intime avec le législateur de l'entomologie, l'illustre Latreille », dont il fut le disciple chéri. Pendant plus de trente ans, ils conservèrent des relations de science que n'obscurcit jamais le moindre nuage. A Paris, comme dans le Midi de la France, et pendant son séjour septennal en Espagne, quand Dufour découvrait un insecte ou nouveau ou rare, il mettait son bonheur à l'effrir à Latreille ; « mon amitié pour lui et mon culte pour la science, dit-il, l'emportaient sur ce qu'a de séduisant pour l'amour-propre la possession d'un objet dont on apprécie toute la valeur; je ne balançais jamais dans ce sacrifice, et jamais non plus il n'oublia, dans ses publications, d'indiquer la source où il avait puisé ; c'est ainsi que l'amitié s'acquittait de part et d'autre. »

L'ami de Mme Roland, Bosc-Dantic, auteur de plusieurs travaux de botanique et d'entomologie, qui l'avaient conduit à l'Institut, favorisait également le penchant de Dufour pour l'histoire naturelle par le don généreux d'un grand nombre d'insectes et de plantes.

Avec quel bonheur notre héros rappelle ces relations, si passagères qu'elles aient été, avec les sommités d'alors en histoire naturelle ! Quand le naturaliste danois, Fabricius, vient à Paris (en 1804 et en 1805), Dufour est heureux de mentionner qu'il l'a rencontré chez Latreille et chez Bosc. Il n'a entrevu que deux fois, à l'Institut, le savant entomologiste Savigny, presque aveugle, et, avec cette facilité de souvenir qui est la caractéristique des esprits supérieurs, Dufour rappelle ses traits et consigne en quelques lignes un jugement consciencieux sur l'œuvre méritoire de celui qu'il nomme le Bichat de l'entomologie. Deux fois il visita Lamarck et lui apporta des plantes des Landes. Constant Duméril, le grand Cuvier (l'Aristote de nos jours, suivant l'expression de Dufour), Claude Richard, le professeur de botanique de l'Ecole de Médecine, qui avait voyagé en Amérique et était un dessinateur

mène morbide, s'accompagna d'une véritable crise de colique néphrétique, suivie de l'expulsion d'une masse fibrineuse encore molle, mais déjà incrustée d'acide urique et d'oxalate de chaux. N'était-ce pas là un calcul en voie de formation, qui se fût développé au point de devenir une véritable pierre rénale, si la fatigue d'une longue marche n'était venue provoquer l'accès d'hémoglobinurie à la faveur duquel il paraît avoir été expulsé.

Cette influence de l'hémoglobinurie sur la *genèse des calculs* du bassinet n'avait point encore été signalée; mais elle mérite d'attirer l'attention et peut imposer certaines réserves sur le pronostic d'une affection jusqu'ici considérée comme bénigne. Il est évident que la production possible d'un calcul dans le bassinet constitue une éventualité qui, si rare qu'elle soit, mérite d'être prise en considération.

On se demande, d'ailleurs, comment il se fait que cette éventualité n'ait pas été plus souvent réalisée, quand on réfléchit aux conditions génératrices des calculs, conditions qui paraissent se rencontrer ici presque au complet, à savoir :

1° Une urine de haute densité, renfermant un grand excès de matériaux solides et particulièrement d'acide urique;

2° Une acidité très marquée de cette urine, (ce qui est, comme l'on sait, l'un des éléments qui favorise au plus haut chef la formation de dépôts uriques et uratiques);

3° La présence dans le bassinet d'une urine contenant de nombreux débris organiques et organisés en suspension, et ne pouvant manquer d'exercer par ces altérations mêmes une action irritante sur la muqueuse avec laquelle elle est en contact.

A ces conditions d'ordre prédisposant, il doit cependant s'en ajouter une d'ordre déterminant, c'est le séjour prolongé de l'urine ainsi altérée dans le bassinet; c'est peut-être parce que cette dernière condition est difficilement réalisée, que la formation des calculs demeure exceptionnelle.

Je voudrais maintenant insister sur quelques-unes des *indications fournies par l'examen de l'urine.*

L'hémoglobinurie consécutive à la marche s'accompagne d'*albuminurie*. Celle-ci atteint son maximum au moment où la coloration rouge de l'urine tend à diminuer, c'est-à-dire quand la période rénale de l'hémoglobinurie touche à sa fin; puis elle tombe brusquement et disparaît dans les vingt-quatre heures.

Pendant sa courte période d'acuité, cette albuminurie est très variable dans ses proportions, puisque ses maxima ont été de 1 gr. et de 6 gr. 80 dans nos deux analyses. Elle est vraisemblablement l'indice d'une poussée congestive du côté du rein, qui accompagne l'excès d'hémoglobinurie et disparaît avec la rapidité d'allures qui caractérise d'ordinaire la congestion rénale aiguë.

Les *échanges interstitiels* semblent aussi subir chez l'hémoglobinurique une certaine modification. Ainsi les moyennes des deux analyses que j'ai pratiquées, donneraient une excrétion journalière de matériaux solides s'élevant à 62 gr. 18 et à 52 gr. 24, ce qui implique une désassimilation très active pour un jeune homme de 16 ans qui est à l'époque de sa pleine croissance, et dont l'appétit, quoique régulier, n'offre rien d'exceptionnel. L'urée, qui atteint les chiffres de 24.26 et de 24.50 dans les 24 heures, est, elle aussi, beaucoup trop élevée; et comme cette élévation du chiffre de l'urée ne comporte pas une augmentation parallèle du chiffre des chlorures, il en résulte qu'on a tout lieu de croire que cette urée ne provient pas d'une surcharge alimentaire, mais bien d'une destruction exagérée des matières albuminoïdes de l'organisme.

On sait, en effet, qu'on ne rend de chlorures que ce qu'on en prend, parce que les tissus et les humeurs ne se dépouillent que lentement et comme à la dernière extrémité, de leurs chlorures de constitution. Par conséquent, si l'on trouve dans une urine un excès d'urée coïncidant avec un excès des chlorures, on peut rapporter cette augmentation d'urée à une alimentation surabondante; si, au contraire, un excès d'urée s'accompagne d'une diminution des chlorures, il est fort probable qu'on se trouve en présence d'une désassimilation plus grande des matières albuminoïdes qui entrent dans la constitution des divers tissus. Il en était préalablement ainsi chez notre jeune homme, et cet état particulier de la nutrition devrait être invoqué comme l'une des conditions prédisposantes de l'hémoglobinurie, s'il était possible de déterminer le mécanisme qui le relie à cette maladie.

En l'absence de cette détermination, il faut se borner à la simple constatation du fait, tout en insistant sur sa valeur; car il est à remarquer qu'il ne s'agit pas là d'un processus indifférent, puisque lors de la guérison du malade, avec des quantités de matériaux solides (51 gr. 06) et d'urée (23 gr. 58)

---

et un infatigable travailleur (1), l'honorèrent aussi de leur bienveillance.

Anselme Dumarest, qui devait être plus tard professeur de zoologie à l'École d'Alfort, étant de son âge, fut le camarade habituel des excursions entomologiques de Dufour, son ami de science et de cœur. Il voyait aussi fréquemment de Candolle, qui utilisa son herbier pour les plantes du sud-ouest de la France (2).

Les botaniste Labillardière, qui avait fait partie de l'expédition entreprise par d'Entrecasteaux à la recherche de Lapérouse; Dupetit-Thouars, qui arrivait d'un voyage scientifique en Océanie; Bory de Saint-Vincent, qui confia à Dufour la publication de ses manuscrits en partant comme militaire pour le camp de Boulogne, puis pour l'Allemagne; le cryptogamiste Persoon; le directeur du jardin de la Malmaison, Ventenat, tels sont les autres naturalistes avec lesquels notre étudiant entretint des relations.

Ce dernier, Ventenat, l'ayant présenté à Joséphine, fit même des démarches pour faire charger Dufour d'une mission scientifique aux Indes. Ces démarches n'aboutirent pas.

Dufour se trouvait à une séance de l'Institut, en 1805, lorsque le célèbre Humboldt, au retour de son grand voyage scientifique en Amérique, lut son premier mémoire académique sur la domestication des animaux. On l'écoutait avec un silence religieux. C'était alors un homme de quarante ans, physionomie distinguée et expressive, « parlant parfaitement le français, quoique Prussien ».

Dans ses recherches botaniques aux environs de Paris, Dufour s'était adonné d'une manière spéciale à l'étude des *lichens*; sa collection dans ce genre le disputait, par le nombre des espèces et l'authenticité des dénominations, à celles de tous les botanistes de la capitale. Aussi de Candolle le pria-t-il de la lui confier pour traiter ce genre difficile dans la *Flore française*. Elle acquit surtout une grande valeur scientifique à la suite de nombreux échanges faits avec le célèbre Acharius, de Waldstena, en Suède.

(1) Son fils, Achille Richard, devait lui succéder dans la chaire d'histoire naturelle de la Faculté de Paris.

(2) En 1807, de Candolle alla à Saint-Sever faire une visite à Dufour en se rendant aux Pyrénées; il manifesta sa surprise lorsqu'on lui servit des ortolans au dîner; l'illustre botaniste « avait toujours cru, jusqu'alors, que l'ortolan était un oiseau fabuleux comme le phénix. »

fort semblables aux quantitées trouvées pendant les accès, la proportion de chlorure de sodium est plus que doublée (9 gr. 42 au lien de 4 gr. 62). Il existait donc pendant la période active de la maladie une modification de la désassimilation qui a cessé d'exister quand cette maladie est entrée dans une phase plus favorable.

Et s'il fallait résumer tonte ma pensée sur ce point, je dirais : nous ne connaissons pas la réaction intime qui détruit les globules rouges et met l'hémoglobine en liberté; nous avons certaines raisons plausibles de penser que cette réaction s'accomplit dans le rein lui-même sous l'influence de la fatigue provoquée par la marche; mais, d'un autre côté, nous soupçonnons que la marche serait impuissante à provoquer cette réaction si la désassimilation n'avait point été intéressée.

Si vague que soit cette formule, elle me paraît éclairer la question si obscure de l'hémoglobinurie, où elle fait intervenir à côté d'un processus local déterminant, un état général prédisposant sans la combinaison desquels l'hémoglobinurie ne se produrait pas.

Cet état général, ou pour mieux dire, cette altération nutritive, toute fonctionnelle, paraît s'être traduite, dans le cas qui précède, par un excès de la désassimilation azotée; mais il ne s'en suit pas que ce soit là la seule modification d'ordre général qui puisse prédisposer à l'hémoglobinurie. La syphilis, l'impaludisme, ces deux maladies qui frappent si profondément la nutrition, ont été invoquées aussi, et à juste titre, comme causes prédisposantes. Agissent-elles en créant un trouble nutritif unique, ou plusieurs modifications des échanges peuvent-elles servir de lien entre les états prédisposants et la cause efficiente de l'hémoglobinurie? Je me borne à poser la question, sans être à même de la résoudre.

En fait, le traitement s'est borné à écarter toute cause déterminante des accès, c'est à dire la marche et la fatigue, tandis qu'on essayait d'agir sur la nutrition générale par le régime des uricémiques, les toniques et les arsénicaux qui régularisent la désassimilation, tout en exerçant sur elle une action restrictive. Par conséquent, le succès d'une thérapeutique fondée sur la théorie que je viens d'exposer, peut être considérée comme une première preuve de l'importance qu'il est permis d'y attacher.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Intoxications mortelles par le sublimé employé comme antiseptique

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. CAS D'INTOXICATION MORTELLE CONSÉCUTIVE A L'EMPLOI DU SUBLIMÉ COMME AGENT D'ANTISEPSIE, par le professeur VIRCHOW, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1887, n° 50, p. 952, et *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 48, p. 1047. — V. SUR LES INTOXICATIONS PAR LE SUBLIMÉ LORS DES OPÉRATIONS DE LAPAROTOMIE, par le docteur KUMMEL, *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886, n° 34, p. 585.

IV. Il y a quelques mois, le professeur Virchow a entretenu la Société médicale de Berlin (séance du 23 novembre 1887) de cette question des intoxications mortelles consécutives à l'emploi du sublimé. Il l'a envisagée surtout en anatomo-pathologiste, et, pour édifier ses collègues sur la nature des lésions intestinales qu'on rencontre dans ce genre d'empoisonnement, il a présenté des pièces anatomiques provenant de *treize* sujets dont les autopsies ont été faites à l'Institut anatomo-pathologique de Berlin. Virchow a complété cette présentation en donnant quelques renseignements sur la marche des accidents observés, pendant la vie, dans trois de ces cas, dont deux se rapportent à la catégorie de faits envisagée dans cette revue.

Un premier fait concerne une femme de vingt-cinq ans, nouvellement accouchée, et chez laquelle on avait eu recours, d'abord, à l'emploi de l'acide phénique pour effectuer l'antisepsie des organes génitaux. Cette femme fut ensuite transportée à l'hôpital de la Charité, de Berlin, où on lui fit, dans l'espace de trois jours, trois injections intra-utérines avec une solution de sublimé à 0,1 0/0. La quantité de liquide injectée à chaque fois a été de 1 litre. On eut, de plus, recours à l'emploi de l'iodoforme. La femme succomba deux jours après la dernière injection.

A l'autopsie, on a trouvé des exsudats diphtéroïdes sur la muqueuse du vagin et de l'utérus, ainsi que les lésions d'une paramétrite, d'une péritonite et d'une péricardite purulentes, un épanchement de pus dans les cavités pleurales, des

---

Ce professeur était pour les lichens ce que Fabricius était pour les insectes (1).

Indépendamment de ces savants spéciaux, médecins et naturalistes, Dufour avait pu voir à Paris d'autres personnages célèbres qui frappèrent sa jeune imagination. Il vit deux fois, aux séances de l'Institut, le grand Napoléon; il y vit plusieurs fois Carnot, Bernardin de Saint-Pierre, etc. Tous les dimanches, il dînait chez un ami de sa famille, ancien membre du Directoire, alors sénateur, Roger Ducos, de Dax.

Dufour assista aux fêtes du couronnement et du sacre de l'empereur.

(1) La correspondance de Dufour avec ce lichénographe s'est continuée pendant dix ou douze ans, jusqu'à sa mort. Il lui communiqua, soit de Paris, soit de France ou d'Espagne, plus de quatre cents espèces. M. Wahlberg, secrétaire de l'Académie royale des sciences de Stockholm, a raconté, à l'occasion de la mort d'Acharius, l'anecdote suivante :

« Acharius, qui était jeune encore et passionné pour la botanique, éprouva une excessive émotion en recevant de Dufour un envoi considérable de plantes d'Espagne, qu'il en tomba malade, et que, peu de temps après, il mourut. »

Mais il n'en continuait pas moins ses études médicales. Quelques mois avant la soutenance de sa thèse, il fut présenté et admis comme membre de la Société d'instruction médicale organisée par le professeur de clinique Le Roux. Ce fut le 14 mars 1806 qu'il subit, à l'École de Médecine, sa dernière épreuve. Pour la composition de sa thèse, il s'en tint à des propositions générales : cette forme lui sembla préférable à celle d'un sujet circonscrit ou monographique, « car, dans ce dernier cas, nous dit Dufour, le récipiendaire est préparé à la solution de toutes les questions, tandis que, dans le premier, les examinateurs ont une grande latitude pour les interrogations ». Les membres du jury étaient Boyer, Lallemand, Bourdier, Chaussier; les deux premiers complimentèrent le récipiendaire.

Après plus de six années d'un séjour non interrompu à Paris et d'études diverses poursuivies avec persévérance, Dufour donc songea à regagner sa ville natale, pour y exercer la médecine sous l'égide de son père.

D^r ALBERTUS.

(A suivre.)

épanchements de pus dans plusieurs articulations, enfin les traces d'une affection diphtéroïde grave du côlon. L'intestin a fait l'objet de recherches spéciales, de la part du professeur Salkowski; *il en est résulté la preuve de la présence du mercure dans la paroi de ce conduit*, au siège des lésions.

Le second fait concerne également une femme qui avait accouché en ville, et à laquelle on avait fait des injections de sublimé dans les parties génitales. On n'a pas pu se renseigner d'une façon exacte sur la quantité de sel de mercure injectée. La femme succomba. A son autopsie, on trouva le vagin et l'utérus en assez bon état. Il y avait, par contre, des altérations de l'endocarde, des reins, du foie et du gros intestin principalement. En égard à l'intensité des lésions, c'est le cas le plus grave d'intoxication mercurielle par le sublimé que Virchow ait eu l'occasion d'observer : sur toute la longueur du rectum et sur la partie inférieure de l'S iliaque, la muqueuse était le siège d'une inflammation gangréneuse qui se poursuivait avec une intensité décroissante sur le côlon.

Le troisième fait, dont Virchow a parlé avec quelques détails, ne se rattache qu'indirectement à ceux dont il a été question dans cette revue. Il s'agit d'un ouvrier, en traitement pour des accidents d'origine syphilitique (arachnoïdite gommeuse de la base); on lui avait fait faire une cure par les frictions mercurielles, qui dura quinze jours; la quantité totale d'onguent mercuriel employée avait été de 50 grammes. Le malade succomba, et à son autopsie, on trouva sur le gros intestin, les traces d'une inflammation diphtéroïde de la muqueuse.

Je reviendrai prochainement sur ce que Virchow a dit des caractères des lésions intestinales qu'on rencontre dans les cas d'intoxication mortelle par le sublimé; pour aujourd'hui, je me borne à une énumération de faits.

Je rappelle que M. Berthod a publié dans ce journal (1887, no 19. p. 219), un exemple d'intoxication mortelle survenue chez une femme en couches, à la suite de huit injections de sublimé au 1/2000.

D'autre part, un médecin américain, M. Partridge, a publié (*New-York med. Journal*, 1884, p. 711) un exemple d'intoxication mortelle consécutive à des injections intra-utérines au sublimé, qui m'avait échappé lors de mes deux précédentes revues; en voici un résumé concis :

Chez une femme en couches, on avait fait des injections vaginales avec une solution de sublimé au 1/2000. La femme ayant été prise de frissons, on jugea utile de pousser la solution antiseptique jusque dans la cavité utérine On fit ainsi deux injections intra-utérines, à la suite desquelles la malade présenta les signes d'une inflammation dysentérique de l'intestin (selles sanguinolentes). Elle succomba, et à son autopsie on trouva effectivement les lésions d'une « colite violente ».

Un autre médecin américain, M. Peabody (*Medical Record*, 14 mars 1885), ayant eu connaissance des faits, publiés en Allemagne, d'intoxication mortelle par le sublimé employé pour les besoins de l'antisepsie, s'est donné la peine de rechercher, dans les archives de l'hôpital de New-York, les observations qui pouvaient se rapporter à ce genre d'intoxication. Il en a trouvé onze, dans lesquelles les symptômes intestinaux graves ont été notés à la suite de l'emploi du sublimé comme antiseptique; quatre fois les accidents ont été enrayés, après qu'on eut suspendu l'emploi du sublimé. Les autres malades ont succombé. On a pu faire l'autopsie de trois d'entre eux; chez tous les trois, la relation nécroscopique signalait l'existence d'une inflammation diphthéritique de l'intestin. Les solutions employées chez les sujets en question étaient au 1/1000 et 1/2000.

— Voici maintenant des exemples d'intoxication mortelle par le sublimé employé comme antiseptique dans le cours ou à la suite d'opérations gynécologiques :

V. M. Kummell, de Hambourg, mentionne qu'il a employé le sublimé comme agent d'antisepsie, sous forme de solution au 1/1000e, pour une première série de 170 grandes opérations gynécologiques, et qu'en fait de suites fâcheuses, il n'a observé que chez une seule opérée des symptômes inquiétants d'une intoxication mercurielle passagère. Dans la suite, il n'a plus fait usage que de solutions de sublimé très diluées, 1/5000e à 1/1000e. Il a pu faire ainsi près de 900 opérations, dont 9 laparotomies, 5 ovariotomies, 3 extirpations de tumeurs malignes, 1 castration, sans avoir à déplorer le moindre accident imputable à une intoxication par le sublimé. Puis la série heureuse a été interrompue par deux cas d'intoxication grave, dont un terminé par la mort, particulièrement instructif en égard à la grande dilution des solutions antiseptiques employées.

Le premier de ces deux cas concerne une femme de 30 ans, qui avait eu plusieurs couches. Depuis deux ans, elle était sujette à des ménorrhagies profuses, et, depuis six mois environ, elle s'était aperçue que son ventre augmentait de volume, par suite de l'apparition d'une tumeur à développement rapide. L'examen de la malade fit porter le diagnostic de myome interstitiel de l'utérus. Un traitement par les injections d'ergotine et par d'autres remèdes resta sans influence sur les progrès de la tumeur et sur les hémorrhagies. Une opération radicale fut proposée et acceptée; elle aboutit à l'extirpation de la tumeur. Pendant l'opération, on se servit exclusivement, pour réaliser l'antisepsie du champ opératoire, d'éponges imbibées d'une solution chaude de sublimé au 1/5000e. L'opération dura cinq quarts d'heure. La perte de sang fut minime. P. 80. Le jour de l'opération et dans la nuit qui suivit, la malade vomit à plusieurs reprises. Le lendemain, T. 37°,3. P. 80. Langue humide. Ventre mou, indolore. Plus de vomissements. Ce même jour, et pendant les vingt-quatre heures suivantes, selles diarrhéiques, sanguinolentes. Les gencives étaient ramollies, mais non ulcérées. On parvint à enrayer la diarrhée, mais la malade s'affaiblissait de plus en plus, et elle succomba le matin du quatrième jour. A son autopsie, on ne trouva aucune trace de péritonite, aucune trace de complication du côté de la plaie opératoire. Par contre, sur toute la longueur du côlon ascendant, jusqu'au côlon transverse, la muqueuse du gros intestin était parsemée d'ulcérations à bords bien dessinés, séparées par des amas d'ecchymoses punctiformes.

Dans le second cas, les symptômes d'une intoxication grave par le sublimé se sont montrés à la suite de l'extirpation d'un papillome du volume d'une tête d'enfant, parti de l'appendice vermiforme et ayant contracté des adhérences très étroites avec l'ovaire du même côté. La solution antiseptique employée pendant l'opération était de même concentration que dans le cas précédent. Le lendemain, l'opérée présenta une première fois les symptômes d'un collapsus grave; on eut recours, avec succès, à des injections sous-cutanées d'éther et de camphre. Le surlendemain, la malade retombait dans le collapsus; cette fois, l'emploi des excitants échoua. On injecta à la malade,

dans la veine basilique du bras gauche, 1500 grammes d'une solution de chlorure de sodium à 0,6 0/0. La malade revint à elle. Pendant quelques jours, elle eut des selles sanguinolentes et de nombreuses petites ulcérations sur les gencives et la muqueuse buccale; mais, en fin de compte, elle s'est complètement rétablie.

— Précédemment, un médecin de Berne, M. KELLER, avait publié (in : *Centralblatt für Gynækologie*, 1885, n° 32, p. 497) une observation qui rentre dans cette même catégorie de faits : Intoxications mortelles par le sublimé employé comme agent d'antisepsie, dans le cours d'une opération gynécologique. En voici une relation abrégée.

Une femme de 52 ans fut opérée, le 17 janvier 1885, d'un cancer de l'utérus; l'opération, qui fut faite dans les salles de la clinique d'accouchements et de gynécologie de Berne, consista dans l'extirpation totale de l'organe cancéreux. Le champ opératoire fut largement aspergé avec une solution de sublimé à 1/4000e; le liquide vint en contact avec une vaste étendue de péritoine et de tissus composant le paramètrium. L'opération dura cinq quarts d'heures et marcha sans encombres. Immédiatement après, le vagin fut lavé à fond avec la solution antiseptique, puis tamponné avec de la gaze iodoformée. Le pouls était un peu faible et fréquent. Pour remédier à un commencement d'adynamie, on administra des analeptiques. Huit heures après l'opération, on eut recours au cathétérisme pour évacuer le contenu de la vessie. On retira environ 100 c.c. d'urine; ce liquide contenait une assez forte proportion d'albumine.

Le 18 janvier, on fit matin et soir un lavage antiseptique avec une solution de sublimé à 1/4000e, après enlèvement de la gaze iodoformée, et en prenant des précautions pour empêcher le liquide de pénétrer dans la cavité abdominale. Toutes les heures, la malade prit une cuillerée de lait, et deux fois dans la journée 20 gouttes de laudanum.

Le 19 janvier, ténesme et diarrhée; dans l'après-midi, les selles contenaient du sang. On continue les injections vaginales de sublimé, à raison de deux par jour. Grande agitation; soif vive; dyspnée; rétrécissement des pupilles. L'urine, retirée au moyen de la sonde, présentait les caractères qu'on lui trouve dans les cas de néphrite aiguë et de cystite.

Le 20 janvier, incontinence des matières fécales, qui étaient sanguinolentes. On injecte dans le rectum une solution de perchlorure de fer au 4/1000e. L'abdomen était modérément ballonné, non douloureux. Pas d'écoulement vaginal. Soif très vive; pas de salivation; pas de traces de stomatite. Euphorie. La dyspnée était devenue très forte, le pouls imperceptible. Anurie complète. A quatre heures du soir, la malade succomba dans le collapsus.

Les lésions constatées à l'autopsie peuvent se résumer dans ces quelques mots : Catarrhe intense du côlon ascendant, avec ulcérations de la muqueuse. Il n'y avait pas la moindre suppuration au niveau et au voisinage de la plaie opératoire. Anémie générale. L'examen histologique des reins n'a pas fait découvrir les altérations de la néphrite parenchymateuse aiguë dont on avait soupçonné l'existence.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. F. BRUN. *Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques*. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

II. P. BORNES. *Ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches*. Thèse de Paris, 1887, no 330.

On trouvera dans ces deux thèses la relation d'un certain nombre de faits d'intoxication mortelle par le sublimé employé comme antiseptique, observée en France.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

LES GRANDES FIÈVRES A TRAVERS LES DÉCOUVERTES, par M. le docteur H. VERNEUIL.

C'est une impression singulière que celle qui se dégage de la lecture du petit livre que vient de publier M. le docteur H. Verneuil. En parcourant quelques-unes de ses pages, on est porté à croire que l'auteur est élève de l'Ecole de Montpellier et qu'il s'est inspiré de l'esprit et des traditions de cette Ecole célèbre. On y respire un air de vitalisme, parfois même de scepticisme qui produit un contraste frappant avec les habitudes de précision et de rigueur scientifiques dont s'honorent les publications médicales de notre époque. La signification du titre elle-même n'est pas sans causer quelque embarras. Les grandes fièvres à travers les découvertes ! Sans doute, l'auteur a voulu retracer l'histoire des vicissitudes que la doctrine des fièvres a subies à travers les fluctuations des théories médicales. En même temps, il a voulu marquer les progrès que la connaissance de ces maladies a réalisée, de par les travaux et les découvertes des physiologistes et des pathologistes modernes. Il y avait là matière à un beau chapitre d'histoire et de critique, un pareil sujet étant particulièrement propre à séduire le philosophe et le médecin. En effet, n'est-ce pas ici que la nouvelle conception des maladies infectieuses trouve une de ses plus belles applications? Et, malgré les acquisitions précieuses dues à tant de travaux remarquables, ne reste-t-il pas encore bien des questions à résoudre, des inconnues à dégager, des lacunes à combler ? De quelque côté qu'on l'envisage, l'histoire des fièvres présente donc un intérêt réellement captivant.

M. le docteur H. Verneuil a-t-il rempli les promesses du programme que nous venons d'esquisser brièvement ? A notre regret, nous sommes obligés de répondre négativement. Son étude des grandes fièvres, qui vise le typhus, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole, la rougeole, n'est guère qu'un exposé de ses vues personnelles concernant la pathogénie de ces maladies, la genèse de leurs symptômes, etc. On y rencontre à chaque pas des hypothèses et des théories hasardées, des affirmations *a priori* qui portent la marque de l'imagination de l'auteur bien plus que le cachet de la saine observation clinique. Nous n'aurions vraiment que l'embarras du choix si nous voulions citer ici tout ce qui justifie la remarque précédente. Telle doit être une pathologie élaborée et édifiée dans le silence du cabinet, mais dépourvue de la sanction des faits et du contrôle nécessaire de l'observation pure. Nous nous contenterons donc de louer notre confrère de l'originalité de ses vues et de son style souvent remarquable, et nous recommanderons la lecture de son livre, comme une distraction agréable, à tous ceux qui sont las des opinions courantes et qui éprouvent le besoin de rompre avec la monotonie des publications médicales de chaque jour.

Dr P. MESLIER.

BULLETIN

Assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France.

La séance générale annuelle de l'Association générale des Médecins de France, tenue cette année le 8 avril, n'avait pas, bien que le nombre des assistants fût très grand, l'air d'expansion et de gaieté des années précédentes.

La mort avait, dans ces derniers mois, fait de terribles ravages dans les rangs des dignitaires de l'Association, et les places où nous avions vu pendant cinq ans Foville, pendant vingt-cinq ans Martineau, d'autres les occupaient aujourd'hui.

Perdre en trois mois son secrétaire et son vice-secrétaire, c'est un coup bien rude pour une œuvre de dévouement et de défense professionnelle, et l'Association le ressentira longtemps. C'est qu'elle avait, dans les deux hommes qui ne sont plus, des champions pleins de zèle, comprenant la grandeur du but poursuivi et aidant au succès avec toute leur intelligence et tout leur cœur.

Ce sentiment de regret qu'éprouve l'Association entière, M. le docteur Henri Roger a eu le rendre dans son discours présidentiel, dont le style toujours élevé, persuasif et aimable, était cette fois voilé d'une impressionnante tristesse. On sentait que c'était le cœur qui parlait, et tout le monde connaît le cœur du président de l'Association.

Foville et Martineau se sont sentis mourir, et l'un et l'autre, au moment suprême, ont songé à leurs confrères malheureux. Foville a pu dire qu'il léguait 10,000 fr. à l'Association; Martineau a ajouté à son testament un codicille par lequel il prie sa mère de laisser, après sa mort, à la même œuvre, l'argent gagné par son travail; nobles dispositions dignes d'être citées et qui perpétueraient à elles seules la mémoire de ces chers morts, si de tels hommes pouvaient être oubliés.

Cette année, d'ailleurs, les dons ont afflué. Mmes Bernutz, Gosselin, en souvenir de leurs maris, M. et Mme René Marjolin, M. Péan, d'autres encore, ont donné de l'argent ou fondé des bourses à l'asile Sainte-Hélène pour deux filles de médecin. A ce trait, on reconnaît bien le docteur Marjolin, que rien de ce qui touche l'enfance ne laisse indifférent.

C'est en faisant un appel chaleureux à tous ceux qui voudraient aider leurs confrères dans l'infortune, que M. le docteur Roger a terminé son discours aux applaudissements plusieurs fois répétés de l'Assemblée.

M. Brun est venu ensuite donner le résumé de la situation financière. Les dépenses comprennent les frais d'administration divers, 4,100 fr. environ; frais d'assurance, 6,600 fr.; subvention aux sociétés locales, 4,200 fr.; subvention à la caisse des retraites, 12,000 fr.; soit un total de 31,000 fr. M. Brun se plaint du chiffre élevé de la subvention accordée aux sociétés locales. Plusieurs d'entre elles thésaurisent au lieu de dépenser, aimant mieux s'adresser à la caisse générale que toucher à leur réserve. N'est-ce pas pousser trop loin la prudence, et les Sociétés ne savent-elles pas que, lorsqu'elles ne seront pas en mesure de secourir leurs membres infirmes ou malheureux, la caisse centrale sera là pour aider à ceux-ci et les pensionner?

La caisse des retraites est en pleine prospérité; grâce à des dons et legs, elle a gagné cette année 86,000 fr. et possède 1,104,724 fr. C'est une fortune.

Après le rapport de M. Brun, auquel M. le docteur Richelot est venu apporter, en termes éloquents, l'approbation de la commission chargée d'examiner les comptes du trésorier, M. Riant, membre du Conseil général, a rendu compte de la situation et des actes de l'Association pendant l'année 1887. C'est Foville qu'il remplaçait pour cette fois, et il a fait revivre, dès le début, grâce à la finesse et à la sûreté du trait, cet esprit délicat, ce caractère droit, cette raison pénétrante et sûre, qui furent notre dernier secrétaire général.

Nous aurions eu plaisir à citer tout ce passage. M. Riant a été plus sobre en traçant le portrait de notre regretté Martinean, se bornant à faire allusion aux paroles prononcées sur la tombe de ce serviteur de l'Association par MM. Bancel, président de la Société de Melun, et Blache, collègue de Martinean au secrétariat du Conseil général. Mais qui lira ces deux discours, que l'on dit excellents, et Martineau ne méritait-il pas une mention plus importante?

M. Riant nous pardonnera cette critique; il sait en quelle estime nous tenons son caractère et son talent; cette lacune de son rapport n'en diminue ni la valeur, ni l'importance.

Comme ses prédécesseurs, M. Riant a rendu hommage aux présidents de Sociétés locales décédés dans l'année, MM. Lenoir-Dufresne, de l'Orne; Bertrand, du Puy-de-Dôme; Vibert, de la Loire; Benoist, des Côtes-du-Nord. Puis il a salué l'avènement des présidents nouveaux, les docteurs Mignot, de la Nièvre, et Leroux, de Seine-et-Oise, succédant à M. Penard, démissionnaire, et dont on connaît le zèle exceptionnel. Enfin M. Riant a mentionné la sixième élection du vénérable professeur Cazeneuve, de Lille, comme président de la Société du Nord.

M. Riant touchant, lui aussi, d'un doigt discret à la situation financière, a montré la caisse des pensions viagères payant, pour soixante-dix pensions de 600 fr., 42,000 fr.; les caisses des Sociétés accordant à leurs sociétaires malheureux 15,202 fr., répartissant entre cent soixante-quatorze veuves, fils ou filles de sociétaires 41,384 fr., donnant enfin à quarante-cinq personnes étrangères à l'Association 1,629 fr. C'est un total de secours annuels de 100,515 fr., et l'avoir de l'Association atteint déjà 2,106,581 fr.

M. Riant fait suivre l'exposé de ces chiffres des considérations suivantes :

« L'esprit moderne s'ingénie à multiplier, sous toutes les formes, les moyens de garantir les intérêts matériels du médecin. Tous, nous y applaudissons sans réserve. Mais qui voudrait en conclure — à si lointaine échéance que l'on voudra imaginer — que l'idée charitable représentée par l'Association n'aura plus l'occasion d'être appliquée?

« Il faudrait connaître bien peu la profession, et avoir une bien courte expérience de la vie, pour croire que, grâce à ces mesures, si nombreuses ou si parfaites qu'on les suppose, c'en sera fait à tout jamais de la lutte et de ses chances bonnes ou mauvaises; pour croire que tous réussiront à souhait, n'auront plus qu'à encaisser de beaux revenus, qui, assurés par la magie des tarifs, rentreraient tout seuls par la toute puissante influence du progrès moderne. Non, nul ne s'y trompera, car nul ne saurait compter sans les difficultés spéciales d'une profession, où la valeur personnelle a tant d'importance; sans le caprice et l'engouement des malades; sans l'inégalité des aptitudes; sans la chance des relations, des guérisons heureuses; sans l'influence fatale des fatigues, de l'excès de travail et de l'âge; sans les accidents, les ma-

ladies auxquelles le médecin est exposé plus que tout autre; accidents, maladies, qui brisent la carrière la plus brillante et les espérances les plus légitimes; enfin, sans ces décès prématurés qui livrent trop souvent à la misère une veuve et de jeunes enfants.

« Voilà la vérité, et voilà la raison, Messieurs, de votre infatigable attachement à cette grande cause, dont la raison d'être ne cessera d'exister. »

Mais ce n'est pas seulement de leurs intérêts matériels que s'occupent les membres des Sociétés locales, dont M. Riant analyse les comptes rendus. Ils trouvent encore le moyen, dit-il, de consacrer leur temps et leurs lumières à l'étude et à la solution de questions charitables et sociales que leur dévouement et leur expérience leur ont rendues familières, l'organisation de la médecine gratuite des indigents dans les campagnes, la question des honoraires des médecins appelés comme experts, la question du secret médical, etc,

Un fait qui s'est passé dans la Société des Landes mérite d'être signalé.

Invité par le parquet à donner certains détails sur une prétendue affaire d'empoisonnement, un de nos confrères de cette Société, appuyé d'ailleurs par la Commission administrative, résista à toutes les injonctions, en déclarant qu'il n'avait connu les faits dont on lui demandait compte que dans l'exercice de sa profession et par le fait seul de sa profession même. Devant cette résistance, les magistrats n'insistèrent plus, et le médecin ne fut pas appelé devant le tribunal lorsqu'on jugea l'affaire.

M. Riant ne manque pas de citer quelques cas d'exercice illégal de la médecine, et, entre autres, la condamnation, sur l'instance du parquet, à 39 fr. d'amende et à 100 fr. de dommages-intérêts d'un rebouteur récidiviste de l'arrondissement de Roanne, et d'un médicastre de la vallée de l'Isère à 200 fr. de dommages-intérêts et à une indemnité en faveur d'une de ses victimes.

Après ces détails, M. Riant nous en donne d'autres fort instructifs sur le fait d'un médecin qui, appelé par un industriel auprès d'un des domestiques de ce dernier, qui venait d'être blessé, lui prodigua pendant huit mois les soins les plus empressés, mais ne put réussir à faire payer ses honoraires par le patron. Il y eut procès, et le tribunal décida que, « comme il n'y avait pas de preuve établissant que le patron eût appelé le médecin à traiter le blessé, notre confrère serait débouté de sa demande et devrait, par surcroît, acquitter 200 fr. de frais judiciaires. »

M. Riant rend hommage, dans le cours de son rapport, aux conseils judiciaires du Conseil général, MM. Morillot et Vannesson. à ceux des diverses Sociétés locales qui mettent à la défense de nos intérêts devant les tribunaux tant de compétence, de désintéressement et de zèle.

Un passage excellent du rapport de M. Riant est celui où il vante les bienfaits de l'Association : secours à des confrères malheureux, éducation donnée à des enfants de médecins, protection prêtée en toutes circonstances par les Sociétés locales à leurs membres. Qui résisterait à un tel appel? N'est-il pas doux pour eux de songer à tout le bien qu'ils peuvent faire? Seraient-ce ceux qui mènent une vie pénible, soit par la fatigue qu'elle impose, soit par le peu de rémunération qu'elle permet d'obtenir? N'en connaissons-nous pas de ces praticiens recommandables, qui, fatigués de donner chaque année la modeste somme de 12 fr., abandonnent un jour l'œuvre, et, quelque temps après, sont obligés de recourir à la caisse de la Société, à raison de l'insuffisance de leurs ressources? Et n'est-il pas en quelque Société locale quelque veuve d'un médecin ainsi imprévoyant forcée d'implorer l'assistance individuelle des confrères de son mari, alors qu'elle aurait eu des droits à une subvention votée par une collectivité spécialement créée dans ce dessein?

Le rapport de M. Riant se termine par une allusion à la future loi sur l'exercice de la médecine, aux différences qui existent entre le projet de la Commission de la Chambre et celui du Gouvernement, que M. Riant exposait, l'an dernier, sans le discuter.

Mais quand ce projet sera-t-il voté par le Parlement, comment sortira-t-il de la discussion? Peu importe, nous dit M. Riant, pourvu que la loi soit obtenue « pourvu qu'on arrive ainsi à relever matériellement et moralement la profession et rendre aussi efficace que possible le service social dont elle est chargée ».

Et il ajoute que, quoiqu'il arrive, le mérite d'avoir atteint ce but reviendra à l'Association et « aux efforts d'hommes prévoyants, d'hommes de cœur, heureux d'avoir pu réaliser par la libre action de la confraternité, de l'assistance mutuelle, de la sympathie et de l'estime réciproques, cet idéal d'une profession qui aspire à s'élever dans le bien-être et dans l'honneur ».

M. Riant ne pouvait mieux terminer son rapport, que sa salua une triple salve d'applaudissements, que par ce portrait de l'œuvre elle-même.

Après lui, M. le docteur Vidal a présenté le rapport annuel de la Commission de la Caisse des pensions; il y a mis du tact, du goût et du cœur, et a montré à quelles misères est sujette notre profession et combien il importe d'y porter remède. L'Association, qui avait 71 pensionnés l'an dernier, en a perdu 6; mais elle en a 15 nouveaux pour lesquels la Commission propose de voter. Il y en aura donc 80 à 600 francs de pension chacun. Et M. Vidal croit que le jour n'est pas loin où les pensions seront uniformément de 1,200 fr.

Après la lecture de M. Vidal, la séance a été levée et les assistants se sont retrouvés le soir au banquet de l'Hôtel Continental, à peu près aussi nombreux que l'an dernier; mais déjà, l'an dernier, on remarquait parmi les médecins de Paris moins d'empressement à se rendre à ces réunions que les années précédentes. Pourquoi cette abstention? Est-ce le banquet de l'internat tenu la veille qui en est la cause, est-ce oubli, indifférence, surcroît d'occupations? Il est grand dommage que les confrères de Paris, les jeunes qui débutent, mais surtout les anciens arrivés au sommet de la profession, ne consentent pas à venir chaque année serrer la main des confrères de province accourus pour coopérer à une œuvre de dévouement et de charité, et quittant, eux aussi, leurs occupations absorbantes pour remplir ce devoir sacré!

Les toasts prononcés au banquet ont été réussis. M. Roger a bu aux délégués des Sociétés locales; M. Labeda, de l'Association de la Haute-Garonne, a bu au Président; M. Brouardel, membre du Conseil général, aux Conseils judiciaires de l'Association ; M. Vannesson, membre du Conseil judiciaire du Conseil général, à l'Association même, et M. Delvaille, de la Société des Basses-Pyrénées, aux confrères de Paris présents au banquet.

Nous remettons à huitaine le compte rendu de la journée de lundi.

Dr C. DELVAILLE.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

L'Assemblée annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français a eu lieu dimanche matin, 8 avril, au siège social, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Après le rapport du secrétaire général, M. Lande, sur la situation morale de l'Association, le trésorier, M. Verdalle, a fait connaître l'état financier de la Caisse, dont le Comité des censeurs avait la veille examiné et vérifié, pièces en mains, tous les comptes, et dont les chiffres suivants sont l'exacte et éloquente expression :

RECETTES.

Cotisations	153.773 60
Dons à la Caisse des pensions	2.309
Dons à la Caisse auxiliaire	650
Profits et pertes	382 03
Intérêts des valeurs	11.483 75
Total	168.589 38

EMPLOIS.

Portefeuille	158.221 75
Frais généraux	5.315 18
Reste en caisse au 6 avril 1888	5.052 45
Total	168.589 38

L'encaisse était l'année dernière, au 6 avril, de 128,955 fr. 46. Les encaissements de cette année se sont élevés à 39,633 fr. 92. L'avoir total est donc cette année de 168,589 fr. 38.

Cette année, la Caisse a acheté 1,200 fr. de rente 3 0/0 amortissable, moyennant le prix de 34,319 fr. 05 (titre nominatif au nom de la Caisse des pensions).

Le portefeuille se compose aujourd'hui de 29 obligations du Midi, 3,000 fr. de rente amortissable, 50 obligations foncières 1883, 50 obligations communales 1882, 50 obligations Orléans, etc.

Ainsi la fortune de la Caisse des pensions de retraite s'accroît régulièrement chaque année de la quantité prévue par ses fondateurs, et, comme il n'y a pas de raison pour que ces prévisions cessent de se réaliser, on peut affirmer en toute sûreté qu'à la fin de la première période décennale, la Caisse, riche de 4 à 500,000 francs de capital, ou de 15 à 20,000 fr. de revenus, sera en mesure de remplir toutes ses obligations. Le problème, longtemps discuté, est donc résolu et les sceptiques doivent rendre les armes. S'il s'en rencontre encore, tous les doutes se dissiperont devant le fonctionnement régulier de l'Œuvre, appelée certainement à occuper le premier rang, à côté de l'Association générale, parmi nos institutions professionnelles de prévoyance. Elle mérite dès à présent toutes les sympathies et toute la confiance des médecins qui, obéissant au désir légitime d'assurer la tranquillité de leurs vieux jours, veulent en même temps s'associer à une pensée éminemment confraternelle.

F. DE R.

NOTES & INFORMATIONS

DÉCRET CONCERNANT LES MÉDECINS AUXILIAIRES DE L'ARMÉE. — Le ministre de la guerre vient de faire adopter le décret suivant :

Article 1er. — Les officiers de santé et les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, compris dans la catégorie des hommes dits à la disposition, ou appartenant soit à la disponibilité, soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armée territoriale, peuvent être employés, en cas de mobilisation, au service de santé de l'armée, à l'effet de seconder dans les corps de troupe, dans les hôpitaux ou dans les ambulances, les médecins du cadre actif, de réserve ou de l'armée territoriale.

Art. 2. — Ils sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire, après avoir subi un examen d'aptitude dont les matières sont fixées par un règlement spécial.

Art. 3.—La position, dans la hiérarchie militaire, des médecins auxiliaires, est celle des adjudants élèves d'administration du service des hôpitaux.

Leur solde, en temps de guerre, est la même que celle de ces adjudants-élèves.

Leur uniforme est déterminé par un règlement spécial.

Ce même décret supprime les emplois de pharmacien auxiliaire. Des dispositions transitoires règleront la situation des pharmaciens auxiliaires.

ÉCOLES DE SANTÉ DE LA MARINE. — A la suite des négociations engagées entre le Ministère de l'instruction publique et celui de la marine, l'Université a consenti à laisser aux Ecoles de médecine navale l'équivalence, au point de vue de l'inscription pour le doctorat, mais seulement jusqu'à la fin de 1888.

— Le Parquet de Montpellier s'étant permis d'opérer une réduction d'un tiers sur le chiffre des honoraires réclamés par trois professeurs de la Faculté de médecine de cette ville, ceux-ci ont décidé de ne plus accepter aucune expertise judiciaire.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Il vient d'être créé à l'hôpital Saint-Louis une Bibliothèque médicale, annexée au Musée pathologique de l'hôpital. Cette Bibliothèque, placée sous le patronage de l'Administration générale de l'Assistance publique, est librement ouverte au public médical, médecins et élèves. Quoique plus spécialement destinée aux ouvrages relatifs à la Dermatologie et à la Syphiligraphie, elle contiendra cependant les œuvres les plus importantes dans chaque branche des sciences médicales et de nombreux journaux et périodiques français et étrangers. Créée par les soins des médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis, déjà gratifiée de nombreux dons par de généreux confrères, cette Bibliothèque peut devenir rapidement, avec le concours du corps médical, un important centre d'études. Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis font donc appel à la générosité de tous les médecins français et étrangers et les prient de vouloir bien honorer la nouvelle Bibliothèque de l'envoi de leurs propres ouvrages et publications, ainsi que des livres et collections dont ils jugeraient à propos de se défaire.

N.-B. — Adresser les ouvrages directement à la Bibliothèque médicale de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris, ou une lettre d'avis, à l'hôpital Saint-Louis, à M. le docteur H. Feulard, qui se chargera de les faire prendre à domicile.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Robert de Latour, qui vient de succomber à Saint-Cloud, à l'âge de 86 ans.

— Mlle de Baische, étudiante en médecine, a succombé à un phlegmon diffus contracté en disséquant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Parmentier est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Clado, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Trachet est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Cochet, dont le temps d'exercice est expiré.

— Sont nommés inspecteurs généraux honoraires de l'instruction publique : MM. Berthelot et Gavarret.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine : Au grade de médecins de deuxième classe, MM. Caraës et Descous.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale le jeudi 26 avril prochain, au Palais des Sociétés savantes, rue Serpente, 28, près de la Faculté de médecine, à huit heures du soir.

— Par arrêtés ministériels, en date du 29 mars 1888 : M. le docteur Briaud, médecin en chef à l'Asile d'aliénés de Villejuif, est promu à la deuxième classe du cadre (effet du 1er janvier).

M. le docteur Chamhard, médecin adjoint à l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle du cadre, à partir du 1er mars 1888.

M. le docteur Taule, directeur de l'Asile Sainte-Anne, est promu à la première classe du cadre (effet du 1er janvier 1888).

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hallopeau commencera le jeudi 19 avril, à dix heures du matin, dans la salle n° 1 du pavillon Bazin, ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 1er AU SAMEDI 8 AVRIL 1888.

Fièvre typhoïde 9.—Variole 4.— Rougeole 11. — Scarlatine 4. — Coqueluche 11. — Diphtérie, croup, 46 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 218.— Autres tuberculoses 28. — Tumeurs : Cancéreuses 33. — Autres 8. — Méningite 27.— Congestion et hémorr. cérébrales 63. — Paralysie 5.— Ramollissement cérébral 17.—Maladies organiques du cœur 75.— Bronchite aiguë 38. — Bronchite chronique 51. — Broncho-pneumonie 29.— Pneumonie 84. — Gastro-entérite : Sein 15. — Biberon 42. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 18. — Sénilité 37. — Suicides 22. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 196. — Causes inconnues 8.— Total de la semaine : 1122 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Médecine et médecins militaires de l'armée française en 1888 par le docteur A. Chassagne. — Paris, librairie militaire Henri-Charles Lavouzelle et O. Doin, éditeur, 1888.

Contribution à l'emploi du drainage permanent de la cavité péritonéale dans un cas d'ascite dû à la cirrhose hépatique, par le docteur Gasparo d'Urso. — Naples, Euriko Detken, 1887.

La population européenne en Algérie pendant l'année 1886, par le docteur René Ricoux, lauréat de l'Institut. — Philippeville, B. Fénille, 1887.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. — Nº 16 — 21 AVRIL 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN.

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Suite. — Voir les numéros 12 et 13.

Deuxième Leçon

SOMMAIRE. — I. Des spasmes rythmiques systématisés ou gesticulatoires. Définition, historique. Examen d'une malade atteinte de spasmes salutatoires hystériques. — II. Description rapide des autres variétés de spasmes systématisés : formes salutatoires, malléatoires, oscillatoires, etc. — III. Rapport des spasmes systématisés d'origine hystérique avec la chorée vulgaire et le paramyoclonus multiplex. — IV. Des spasmes rythmiques respiratoires simples : A. expiratoires; description de la toux et du renâclement hystériques; exemples. — B. inspiratoires; description du hoquet et du reniflement hystériques. Exemples.

Messieurs,

Sous le nom générique de *spasmes rythmiques systématisés ou gesticulatoires*, il convient de réunir un certain nombre de faits cliniques, fort disparates en apparence et fort analogues en réalité, dans lesquels les malades exécutent involontairement, consciemment et avec une cadence uniforme, des mouvements complexes,coordonnés, semblables à ceux qui se produisent sous l'influence de la volonté dans un but intentionnellement déterminé.

I.

Les *spasmes rythmiques systématisés* ont attiré depuis fort longtemps l'attention des observateurs.

Les médecins du XVIIe siècle en ont rapporté plusieurs exemples. La plupart des faits publiés dans les travaux de cette époque, particulièrement dans les éphémérides des curieux de la nature, sous les titres de : *Motus convulsivus extraordinarus, convulsio admirabilis, convulsiones admirandæ, mira convulsio, admirandi convulsivi motus*, etc., se rapportent à l'histoire des spasmes gesticulatoires.

Plus tard, on rapprocha ces étranges accidents convulsifs de la danse de Saint-Guy et on les considéra comme des formes anormales de la chorée (*chorées ambulatoire, salutatoire, saltatoire, malléatoire, oscillatoire*, etc.). Aujourd'hui, tous les auteurs tendent à penser qu'elles n'ont aucun rapport avec la chorée; mais, en revanche, il paraît démontré, surtout depuis les recherches de M. Charcot, qu'elles sont assez souvent des manifestations symptomatiques de l'hystérie.

Vous trouverez la majeure partie des documents se rapportant à leur étude dans les travaux de Bouteille (1), Itard (2),

(1) Bouteille. *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy*. Paris 1810.

(2) Itard. *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix* (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1825.)

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

La limite d'âge de M. l'Inspecteur Maurice Perrin.—La Direction du Val-de-Grâce à pourvoir. — 4 compétiteurs, dont l'un le plus obscur et le plus ancien. — Vétérance artificielle. — Un savant à la tête d'une grande Ecole de science. — Appel en 1888 de 260 de nos distingués confrères de l'Armée territoriale. — Leur important rôle de guerre. — Ce qu'il faut leur enseigner en cette « Ecole militaire de 13 jours ». — La « passation des écritures ».—Urgence de l'adaptation au seul service de Guerre.—Pour et contre l'Ecole du service de santé militaire.—Docteurs et médecins. — Les démissions. — Quelques chiffres comparatifs sur le recrutement par les anciens hôpitaux d'Instruction (1830, 1840, 1850). — Effets de l'abolition du Concours sur le Corps de santé de la marine. — Les Sociétés de secours aux Blessés. — Trop de pharmaciens — Et même non auxiliaires. — « Que d'eaux ». — Publicité du Tableau de la Légion d'honneur. — « Honneur et grand jour ».

Le Directeur du Val-de-Grâce, Maurice Perrin, est atteint le 13 avril par la limite d'âge, ce décret d'invalidité avant la lettre. Car les hommes n'ont pas absolument la sénilité à heure fixe : il y a des jeunes vieux et des vieux jeunes.

Sans doute, il faut tenir compte des besoins légitimes d'avancement et de ce « renouveau », de cette circulation qui est la loi d'existence de la matière physique ou sociale; il faut disparaître et, ce qui est cruel, avec grâce : il y a des couchers pour tous les soleils.

Mais la mort militaire d'un homme de travail et de savoir ne va pas sans des suggestions mélancoliques.

Et autant nous touche peu la disparition sans vide des Inspecteurs figurants qu'un même trait de plume raye des contrôles de l'Armée et de tout souvenir, qui meurent vivants, n'ayant produit que de la modestie à revendre, autant celle d'un savant, moins modeste à vrai dire, mais dont les œuvres et la notoriété rejaillissent sur tout le Corps de santé, nous prend quelque chose de nous-mêmes.

Le plus pur de la considération vient de là.

Ceci nous met à l'aise pour parler des compétiteurs actuels au gouvernement du Val de-Grâce (1).

(1) Ceci était écrit le 8 avril, en même temps que notre article

Toulmonche (1), Paget (2), Germain Sée (3), Roth (4) dans les leçons cliniqnes de Trousseau (5), Jaccond (6), Charcot (7), dans les mémoires de W. Mitchell (8), Gowers (9), etc.

Rien n'est plus curieux, messieurs, que de voir les malades atteints de ces formes singulières de convulsions coordonnées. Les uns sont emportés, malgré enx, dans une course rapide; d'autres exécutent des sauts régulièrement cadencés; d'autres font des monvements continuels de rotation ou d'oscillation pendulaire du tronc; d'antres frappsnt avec lenrs poings nn objet imaginaire ou une partie quelconque de leur corps.

Elisa G..., âgée de trente ans, est une de nos hystériques avérées. Elle est hémianesthésique ganche et snjette depuis neuf ans à des attaques convulsives hystéro-épileptiques. Il y a huit jours, à la suite d'une de ces attaques, elle a été prise de mouvements choréiformes rythmés qui persistent eucore aujourd'hui. Dans le décubitus horizontal, ces monvements sont caractérisés par des secousses convulsives d'apparence irrégulière qui ressemblent, à s'y mépreudre, à ceux de la chorée vulgaire.

Mais c'est bien autre chose dans la station verticale, où les mouvements se répètent régulièrement et forceut le malade à faire toutes les secondes environ une sorte de saltation profonde accompagnée d'un rictus grimaçant de l'effet le plus grotesque. Les convulsions sont plus amples dans les membres du côté gauche que dans ceux du côté opposé, mais elles ne sont pas limitées à l'nne des moitiés latérales du corps. Elles méritent bien le nom de convulsions *rythmées*, puisqu'elles se produisent avec une cadence régulière à des intervalles sensiblement égaux; elles méritent aussi l'épithète de *systématisées*, car elles entraînent toujours des attitudes combinées du tronc et des membres, des gestes outrés mais expressifs, semblables à ceux qne pourrait exécuter un acteur comique exagérant jusqu'au ridicule le mimique de la salutation cérémonieuse.

Ces spasmes coordonnés s'arrêtent complètement pendant la nuit, et on peut les suspendre temporairement en exerçant une pression énergique sur la région ovarienne gauche, que le malade soit dans la position verticale ou daus la position horizontale. Ils cessent aussi pendant le sommeil hypnotique provoqué.

Je ne crois pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur la nature hystérique de cet accident. Développé subitement chez une hystérique invétérée à la suite d'une attaque convulsive, il va persister pendant un laps de temps dont il est impossible de prédire la durée, mais vous pouvez être certain qu'il guérira, et probablement il guérira tout à coup après une émotion morale ou après une nouvelle attaque convulsive. Il serait peut-être même possible d'en débarrasser le malade en provoquant une ou plusieurs attaques par l'excitation des zoues spasmogènes, et je me propose d'essayer dès demain l'action de ce moyen (1).

La *forme salutatoire* des spasmes rythmiques hystériques n'est pas aussi rare que vous pourriez le supposer. On en trouve d'assez nombreuses observations dans les recueils scientifiques. G.-E. Paget en a publié en 1847 nn cas tout à fait caractéristique : une dame de 35 ans, sujette depuis quelques années à des attaques hystériques, commença à avoir le 1er février 1846 des mouvements convulsifs coordonnés qui la forçaient à saluer alternativement à droite et à gauche. Deux ou trois fois par jour, ces mnuvements étaient inter-

(1) Toulmouche. *Observations sur la lésion de quelques fonctions volontaires de la locomotion et de la préhension.* (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1832.)

(2) Paget. *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques,* suivies de quelques remarques. (EDINBURG MED. AND SURG. JOURNAL, 1847.—Traduit *in* ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 1847).

(3) Germain Sée. *De la chorée.* (MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, t. XV, 1850.)

(4) Roth *Histoire de la musculation irrésistible ou de la chorée anormale.* Paris, 1850.

(5) Trousseau. CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS, t. II.

(6) Jaccond. Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière. Septième leçon : Chorée. Spasmes rythmiques.

(7) Charcot. *De la chorée rythmique hystérique.* PROGRÈS MÉDICAL, 1878, p. 93 et 123. — Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, quinzième leçon : tremblement et mouvements choréiformes. Chorée rythmée.

(8) W. Mitchell. *On functionnal Spams.* AMER. JOURNAL OF MED. SCIENCE. Octobre 1876.

(9) Gowers. *On saltatoire Spams.* (THE LANCET, 14-28 juillet 1877.)

(1) Le succès a été aussi complet que possible. Après avoir donné à la malade trois attaques provoquées successives, le spasme rythmique a disparu définitivement.

***

Ils sont quatre à ce jour — et parmi eux, le croirait-on, l'ex-Directeur « Aptitude-Egalité » qui, à la suite de déficits de capacité vraisemblables et d'insuffisance présumée, a dû — ce qui n'est nullement présumé — se démettre et se remettre, assez peu logiquement du reste, à l'inspection annuelle, notes et jauge de l'intelligence des autres.

Cet obscur — par modestie voulue incontestablement — se met sans trouble sur les rangs pour diriger le Grand Val-de-Grâce.

C'est là un des plus méchants tours que puisse jouer l'Ancienneté.

Il est le plus ancien, en effet de grade.

Mais il n'est pas vieux.

Et voici ce que nous écrivions au sujet de cette « Vétérance artificielle » dans le PROGRÈS MILITAIRE (9 décembre 1882) :

« On sait qu'alors que l'Intendance était directrice de santé, une « obédience flatteuse à ses agissements, une reconnaissance pu« blique de la légitimité et du bien fondé de sa direction devenaient « des titres victorieux à l'Avancement. Nous pourrions citer quel« ques médecins, heureusement assez rares, qui ont fort bénéficé « de cette facilité à se plier sous une tutelle latérale.

« Il serait juste qu'on tint compte à ceux-là de l'avance qu'ils ont « prise par ces chemins de traverse sur leurs camarades moins bien « doués.

« Et qu'on évitât un abus similaire de celui auquel a été dûe « carrière ultra-rapide de certains généraux d'Afrique. On sait « que, sortis dans l'état-major et capitaines à 24 ans, ces officiers « passaient par permutation dans les zouaves et les turcos, où ils « se trouvaient vieux capitaines à 30 ans, vieux chefs de bataillon « à 38 et vieux lieutenants-colonels à 45; la surprise d'un grade à « leurs débuts leur faisait surprendre comme *par ricochet* la hié« rarchie tout entière. Dans le Corps de santé, il n'est pas sans « s'être produit quelques captations analogues qui, si on n'y pre-

de la *France militaire* du 11, « qui a porté »; satisfaction vient d'être donnée à la Science, le 13 avril, par la nomination de M. Gaujot, homme de science, à la direction de l'Ecole de science du Val-de-Grâce. La promotion du Directeur Dujardin-Beaumetz à l'Inspectorat est aussi à bien accueillir. Nous augurons un augment de progrès de cet augment d'autorité; « Inspectorat oblige ».

rompus par de grandes attaques hystériques, mais ils recommençaient aussitôt après la fin des attaques. Ils étaient exécutés régulièrement, sans précipitation. « On eût pu les prendre, dit l'auteur anglais, pour des saltations d'une personne qui aurait reçu une nombreuse société, mais il y avait cette différence que les mouvements étaient répétés sans interruption et avec une régularité véritablement rythmique. » Quand on faisait asseoir la malade, les mouvements s'arrêtaient; seulement, au bout de quelques instants, elle éprouvait une angoisse épigastrique si pénible qu'elle était obligée de se lever. Ces accidents persistèrent pendant un mois environ, puis ils guérirent complètement (1).

Il est assez fréquent que les mouvements saltatoires, comme du reste tous les autres spasmes systématisés, soient limités à une moitié latérale du corps. M. Charcot en a rapporté un exemple fort intéressant en 1878. Dans ce cas, de même que dans le nôtre, le spasme rythmique s'était développé, chez une hystérique invétérée, consécutivement à une grande attaque convulsive. Les mouvements gesticulatoires étaient bornés aux muscles des membres du côté droit et de la moitié droite de la face. La compression méthodique de la région ovarienne droite les arrêtait instantanément, mais ils recommençaient à se produire aussitôt qu'on cessait la compression. Ils disparurent définitivement à la suite d'une série d'attaques convulsives spontanées (2).

Enfin, dans certains cas, les spasmes gesticulatoires s'arrêtent pendant un temps plus ou moins long sous l'influence de certaines attitudes du corps ou de l'application de l'esprit à certains travaux. Trousseau raconte, par exemple, l'histoire d'une jeune hystérique de 19 ans qui fut prise, après avoir éprouvé de violents chagrins, de mouvements choréiformes limités au côté gauche du corps. Ces mouvements persistaient toute la journée et s'exagéraient quand on essayait de les suspendre par la force. « Toutefois, il y avait un moyen de calmer comme par enchantement toute cette agitation, c'était de faire mettre la jeune fille au piano; elle pouvait y rester une heure, deux heures, jouer parfaitement et aussi régulièrement que possible, sans perdre la mesure, sans manquer une note » (1).

(A suivre.)

(1) G.-E. Paget. *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques suivis de quelques remarques*. — EDINBORG MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, janvier 1847. (Ce mémoire a été traduit en français dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, septembre 1847, 4e série, t. XV, p. 52).

(2) J.-M. Charcot. *De la chorée rythmique hystérique*. — PROGRÈS MÉDICAL, 1878, p. 93 et 113.

(1) Trousseau. CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS, 3e édit., t. II, p. 263.

BACTÉRIOLOGIE

LE MICROBE DE LA DYSENTÉRIE ÉPIDÉMIQUE,
par MM. CHANTEMESSE et FERNAND WIDAL (2).

Différents auteurs ont cherché dans l'intestin de malades, morts de dysentérie, le microbe pathogène de cette affection.

Ziegler et Prior ont vu, dans les parties nécrosées de la surface de la muqueuse, une grande quantité de micrococci.

Babès a coloré des bacilles, des diplocoques et des spirilles.

Koch, cité par MM. Cornil et Babès, a trouvé dans les selles de dysentériques, observés en Egypte, une grande quantité de monades.

Heubner, cité par Klebs, a vu un bacille.

Aucun de ces savants n'a pu, à l'aide de cultures, donner la dysentérie à des animaux et apporter la preuve de la spécificité d'un microbe.

Nous avons étudié, dans le laboratoire de M. Cornil, cinq cas de dysentérie contractée dans les pays chauds. Grâce à l'obligeance des médecins de l'hôpital du Dey, nous avons pratiqué à Alger l'autopsie d'un soldat mort en pleine poussée aiguë d'une dysentérie prise au Tonkin. Chez cet homme, les lésions anatomo-pathologiques étaient caractéristiques. Dans les matières fécales pendant la vie, dans les parois du gros intestin, dans les ganglions mésentériques, dans la rate après la mort, nous avons découvert un microbe, que nous avons retrouvé également dans les selles de quatre autres dysentériques revenant du Sénégal et de Cayenne. Trois de ces malades sont actuellement en traitement à l'hôpital

(2) Communication lue par M. Cornil à l'Académie de médecine, dans la séance du 17 avril 1888.

« nait garde, feraient arriver *par vétérance* aux hauts grades cer« tains médecins *jeunes* qui fermeraient et obtureraient l'avance« ment pour une vingtaine d'années. »

Et, de fait, ces prévisions d'il y a six ans ont pris quelque corps, puisqu'il semble suffire d'avoir été pour un peu le protégé de l'Intendance et *persona grata* d'un fonctionnaire à métamorphoses le docteur, intendant, puis contrôleur Coulombeix pour se trouver d'ancienneté à point et en bonne posture de postulation des places à bénéfice de l'Autonomie.

***

Mais, en conscience, que voulez-vous que pensent les cœurs honnêtes qui battent si honnêtement sous le vieil uniforme de Larrey, l'honnête sublime — du principalat aux aides-majors et à ces jeunes élèves du Val-de-Grâce qui sont la promesse de demain — s'il suffit pour diriger une grande Ecole scientifique de ne posséder aucune notoriété.

Et, pour conquérir si haute Maîtrise, de n'y avoir nul titre technique.

Le Ministre *Civil* de la Guerre qui, de fait, possède sur ses prédécesseurs deux supériorités originelles :

Il n'a pas de camarades de promotion.

Et il n'appartient à aucune arme.

Peut choisir de main libre pour les Directions d'Ecoles comme il le fait pour les Commandements d'armée et de Corps d'armée absolument en dehors de l'Ancienneté — un peu caduque pour ces altitudes.

Et parmi les inspecteurs (beaucoup de lettres m'en témoignent), le dernier nommé serait dans les vœux d'un grand nombre; brillant professeur de Faculté, plume spirituelle, un des soutiens premiers de l'Autonomie sainte aux temps difficiles, il est moins ancien que quelques autres.

Peut-être pour ces causes mêmes, sa nomination serait un Progrès de plus.

***

Car il se produit des progrès évidents et tangibles avec le Directeur Dujardin-Beaumetz.

260 médecins de l'Armée territoriale sont appelés en 1888 à faire « leurs treize jours » en deux séries de 130 ; la première, du 9

Broussais, et le quatrième à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Letulle. Ce microbe, que nous n'avons jamais trouvé dans les garde-robes de l'homme sain, a des caractères morphologiques et des qualités pathogènes qui nous permettent de lui reconnaître un caractère spécifique.

Anatomie pathologique. — Les coupes de l'intestin provenant de notre autopsie présentaient un épaississement considérable au niveau des membranes muqueuse et celluleuse. Les glandes étaient en certains points augmentées de volume et atteintes de catarrhe ; en d'autres points, elles étaient comme abrasées. Entre les tubes glandulaires, il y avait prolifération des cellules du tissu conjonctif.

La surface de la muqueuse était tapissée d'une grande quantité de microbes en bâtonnet. Dans les culs-de-sac glandulaires, entre les tubes, les végétations microbiennes étaient très abondantes. La membrane celluleuse, très épaissie et enflammée, était infiltrée d'une très grands quantité de bacilles pâles et fins. Dans cette membrane celluleuse, dans les ganglions et la rate, nous avons pris des semences qui ont donné des cultures pures d'un bâtonnet.

Microbiologie. — Ce microbe se développe rapidement sur la gélatine à la température ordinaire. Il se présente sous forme de bâtonnet à extrémité arrondis. Il est légèrement ventru, et son diamètre transversal augmente après cultures successives dans la gélatine nourricière. Il se développe dans le bouillon, sur la gélose et la pomme de terre, où il donne une culture jaunâtre et sèche. Il est très peu mobile et se colore mal par les teintures d'aniline. Il ne fluide pas la gélatine et forme, à sa surface, une pellicule blanchâtre qui n'atteint jamais les parois du verre. Il croît avec une très grands énergie dans l'eau de Seine stérilisée, et sa présence peut être décelée dans l'eau ou les matières fécales par la méthode des plaques. Les colonies isolées sur plaques de gélatine prennent en effet, à une période de leur développement, une apparence spéciale utile pour le diagnostic. Lorsqu'elles ont un volume à peine visible à l'œil nu, elles donnent à un faible grossissement l'image d'une tache claire. Un peu plus tard, elles prennent une teinte jaunâtre et paraissent alors constituées par la réunion de deux cercles concentriques : l'intérieur est plus foncé et son contour est quelque peu accidenté ; l'extérieur est plus clair et sa circonférence plus régulière. A un développement plus avancé, elles perdent la teinte jaune pour prendre un aspect blanchâtre et granuleux. Jamais le diamètre de ces colonies ne dépasse celui d'une lentille.

Nous n'avons pu observer la formation des spores.

Inoculation aux animaux. — Nous avons expérimenté avec des cultures pures sur le cobaye, soit par l'injection buccale, soit par l'inoculation dans l'intestin, soit par l'injection intra-péritonéale.

Les cobayes nourris par la bouche avec des cultures pures paraissent pendant les premiers jours ne ressentir aucun mauvais effet de ce traitement. Si on les sacrifie au bout de huit jours, on trouve l'estomac parsemé de quelques ulcérations du volume d'une petite lentille. La première partie du gros intestin renferme des matières très liquides et contient des microbes injectés ; son diamètre est augmenté, ses parois épaissies et parsemées d'ecchymoses ; les follicules clos sont atrophiés. Si l'on a pris soin d'alcaliniser l'estomac avec du carbonate de soude avant l'injection du bacille dysentérique, les lésions produites par le microbe sur la muqueuse gastrique sont beaucoup plus accentuées. Elles se présentent sous forme de larges plaques ulcérées, à contours irréguliers, recouvertes d'une fausse membrane pultacée et reposant sur des parois indurées blanchâtres, d'aspect fibreux.

L'injection intra-péritonéale fait périr les cobayes en deux ou trois jours avec péritonite, péricardite et pleurésis fibrineuse. L'examen bactériologique décèle les microbes en culture pure dans les fausses membranes et le sang.

L'inoculation intra-intestinale après laparotomie donne les résultats les plus significatifs. Sur des animaux sacrifiés au bout de huit jours, nous avons trouvé la première partie du gros intestin très épaissie et la cavité intestinale remplie de diarrhée liquide contenant le microbe. La membrane muqueuse était gonflée, ecchymosée, ulcérée, les follicules clos étaient hypertrophiés ainsi que les ganglions mésentériques. A l'examen microscopique, les lésions apparaissaient disséminées par foyers isolés les uns des autres. Les régions malades montraient un catarrhe intense des glandes intestinales. Entre les tubes glandulaires, on voyait pénétrer, dans l'intérieur des tuniques intestinales, un grand nombre de bacilles qui allaient former des foyers entre la muqueuse et la celluleuse. Ces foyers avaient un volume variable ; ils étaient surtout abondants dans les follicules clos. La semence, prise au niveau de ces points, donnait des cultures pures du bacille

---

au 21 avril, est sous les drapeaux en ce moment même; la deuxième du 28 mai au 9 juin. 18 aides-majors sont convoqués dans chacun des 6e et 7e corps, 14 dans les autres.

Cette mesure force l'attention. C'est un signe de temps nouveaux, comme la reconnaissance officielle du premier rôle de Défense nationale que jouera l'immense Armée territoriale avec ses 16 classes du service de 25 ans et ses 6,000 médecins.

Ces 6,000 officiers du Corps de santé militaire (parmi lesquels tant de Professeurs et d'Agrégés et de chefs de clinique) que l'ex-7e Directeur négligé des Sociétés savantes « repinçait » en les délaissant à son tour dans les grades de sous-lieutenant et de cornette, exerceront la Commandataire, il faut bien le dire, dans les nombreux Postes de secours, ambulances, hôpitaux mobiles et d'évacuation de leur énorme armée d'un million d'hommes et demi.

Par l'obtention de grades, plus à leur taille, une première réparation a été accordée à beaucoup de ces distingués confrères, qu'à l'inverse de certains il y avait moins à munir de science que de galons.

Nous sommes heureux aux côtés et bien au-dessous de M. Léon Le Fort d'avoir été pour un peu dans ce réveil de justice.

Une seconde satisfaction leur est donnée aujourd'hui : on les appelle à *marcher* — un mot militaire qui, sous une forme rude, sous « sa figure de service », comme on dit au « quartier », cache une quantité de bonnes leçons de choses.

Sans doute possible, l'idée de cette enrégimentation n'émane en quoi que ce soit de la Presse médicale qu'on lit peu, à ce qu'on dit, et dont on ignore le parlage dans le vide, à ce qu'on affirme.

Toutefois, il nous sera permis de faire observer doucement que la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS a demandé en ce lieu même — sans être entendue, je le veux bien — que la faveur de *stages pratiques* largement accordée aux officiers d'administration, intendants et autres officiers-vivriers de la « partie », viande ou fourrage, fût étendue aux simples docteurs.

Cela le 22 octobre 1887.

Mais il peut y avoir, même au bout de six mois, des rencontres absolument fortuites dans le Progrès, des copies de pur hasard, et des ré-générations qui n'en sont pas moins spontanées

Celle-ci est du nombre.

(A suivre). Dr A. CHASSAGNE.

inoculé huit jours auparavant. Le foie présentait deux ou trois foyers, dans lesquels le parenchyme était devenu jaunâtre. Sur les coupes colorées au bleu de méthylène en solution ammoniacale, on constatait une nécrose de coagulation au centre des espaces portes, et dans les capillaires adjacents, des microbes semblables aux bacilles inoculés.

La présence du bacille que nous décrivons dans les parois intestinales, les ganglions mésentériques et les organes profonds d'un homme ayant succombé à une poussée aiguë de dysenterie, sa constatation dans les selles de cinq dysentériques, son absence dans les gardes-robes de l'homme sain, les lésions qu'il fait naître dans l'intestin et les viscères du cobaye plaident en faveur ne sa spécifité.

REVUE GÉNÉRALE

NATURE PARASITAIRE DE L'ANTHRACO-FURONCULOSE; SON TRAITEMENT, par M. PIERRE SEBILEAU, aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.

Nous ne pensons pas qu'il y ait encore aujourd'hui beaucoup de médecine et de chirurgiens pour affirmer que les furoncles et les anthrax ne sont pas de nature microbienne. Il serait en effet puéril, à notre sens, d'arguer contre leur origine parasitaire de certaines des causes qui semblent leur donner naissance quelquefois.

Que les furoncles et même les anthrax se développent plus fréquemment sur les points irrités de la peau que sur ceux qui ne le sont pas, que la malpropreté, la poussière, les frottements répétés les engendrent; que les soldats de cavalerie en soient plus souvent atteints que les fantassins; que chez ceux-ci le siège habituel soit le point où le col raide de l'uniforme agace la peau et celui où s'exerce la pression du sac, chez ceux-là, au contraire, celui qu'excorient les exercices d'équitation; que les affaiblis et les individus en malnutrition, les diabétiques surtout, soient par excellence le terrain d'élection de la furonculose, nous ne le nions pas. Ce sont là des choses bien sues de tout le monde, mais ce ne sont pas, il s'en faut, des preuves, ni même des probabilités contre la nature infectieuse de cette maladie; même il y faudrait plutôt voir des arguments en faveur de cette hypothèse. Toute partie irritée ou blessée est une porte d'entrée toute ouverte pour les organismes inférieurs. Qui ne sait quelle minime ulcération suffit pour permettre l'introduction dans l'économie du microbe de l'érysipèle? et qui ne sait que c'est grâce à l'insignifiance apparente de ces plaies et de ces érosions, si petites qu'elles ont souvent passé inaperçues, que s'est établie la théorie de l'érysipèle spontané de la face, érysipèle qui, quoi qu'on en puisse dire, n'existe pas, et n'est ni plus ni moins spontané ou médical que tous les autres érysipèles. Qui ne sait aussi, depuis que M. le professeur Lannelongue l'a si bien démontré, dans quelles conditions souvent étranges se développe une maladie dont la nature est si voisine de celle de l'anthrax et du furoncle, l'ostéomyélite aiguë des adolescents?

Dans une récente discussion de la Société de chirurgie, le savant chirurgien des enfants insistait encore auprès de ses collègues sur la nécessité qu'il y avait à chercher, chez les malades atteints de périostite phlegmoneuse diffuse, une porte d'entrée, que seule une investigation minutieuse pouvait quelquefois déceler, mais qui existe toujours, et qui n'est quelquefois pas autre chose que la plaie, en apparence bien innocente, que laisse après elle l'avulsion d'une dent.

C'est donc en faveur de la nature microbienne du furoncle que plaident les raisons qu'on pourrait donner à la fin de prouver sa nature irritatoire ou inflammatoire.

Au reste, il ne semble même pas nécessaire, au dire de certains auteurs, qu'il y ait, pour permettre l'entrée du microbe, une perte de substance, si petite qu'elle soit. Celui-ci pénétrerait par les orifices des glandes, dans les endroits découverts, surtout dans ceux où ils peuvent être retenus, et où les soins de propreté en débarrassent plus difficilement la peau, « à la lisière de la barbe et des cheveux, où les germes de l'air s'arrêtent et sont retenus » (Reclus.)

Ils sont aussi en faveur de la nature microbienne, les faits constatés que le furoncle et l'anthrax sont l'apanage des individus en misère physiologique, des azoturiques, des glycosuriques : tous les gens en malnutrition sont, de ce fait même, en état de réceptivité plus facile, et les preuves de cette assertion abondent en pathologie, où l'on voit les maladies infectieuses frapper les débilités et les affaiblis dans des proportions considérables.

Les microbes trouvés dans le pus des furoncles et des anthrax, l'existence des éruptions furonculeuses, le développement plus fréquent des maladies à des saisons déterminées de l'année, les accidents généraux qui accompagnent quelquefois une lésion locale peu considérable, les complications éloignées qu'on y observe quelquefois et dont nous aurons l'occasion de dire quelques mots, enfin et surtout les cas de contagion certainement observés sont des raisons excellentes qui militent victorieusement en faveur de la nature parasitaire de l'anthraco-furonculose. Cette contagiosité, quelques auteurs n'y croient pas.

Le professeur Trélat, quand il écrivait son article encyclopédique, sans nier qu'elle pût exister, affirmait cependant qu'aucun fait n'autorisait à la faire admettre en doctrine. M. Reclus, dans son excellent livre de pathologie, ne la signale point parmi les causes de la maladie. Nous pensons cependant qu'elle existe. Une fois, nous l'avons constatée sur nous-même, dans un cas où elle ne pouvait guère être mise en doute.

Des faits de cette nature ont, du reste, été signalés à un moment où l'on était loin de songer à l'origine microbienne de l'anthrax et du furoncle.

Nous nous rappelons avoir entendu dire à un de nos maîtres de l'Ecole de Bordeaux, alors que nous commencions à faire nos études médicales, qu'il avait été plusieurs fois victime de la contagion de l'anthracose et lui avoir entendu parler d'un cas où tous les membres d'une famille furent, les uns après les autres, atteints de furoncles, à la suite des soins qu'ils se donnèrent réciproquement, et où la blanchisseuse elle-même, contaminée par le linge, n'échappa pas à la maladie.

Nous pensons donc que la démonstration de la contagiosité « des clous » n'est plus à faire, et que leur caractère parasitaire et infectieux est et doit rester un fait définitivement acquis à la science.

Reste maintenant à savoir si ces acquisitions nouvelles de la pathologie ont déjà modifié ou doivent modifier, si elles ne l'ont déjà fait, le traitement chirurgical de l'anthraco-furonculose.

On a proposé et tenté contre elle de bien nombreux moyens : comme il s'agit-là d'une affection qui d'elle-même guérit souvent, on a naturellement obtenu des succès en employant les méthodes les plus diverses et les plus dissemblables.

Quels sont les faits qui se dégagent aujourd'hui de cette longue étude thérapeutique ?

Traitement du furoncle. — *Premier point : Faut-il traiter les furoncles ?* — A en croire les auteur du Compendium, ce ne serait là, pour le chirurgien, qu'un droit relatif. Atténuer les symptômes serait bon ; enrayer la marche serait mauvais. « Le furoncle est en effet presque toujours sous l'influence d'un état général ; c'est une sorte de mouvement de dépuration ou de décharge, par lequel l'organisme semble se débarrasser des matériaux exubérants et qu'il y aurait plus d'inconvénients que d'avantages à empêcher ou à interrompre. »

Ces idées ont fait leur temps : on peut et l'on doit, si possible, juguler la furonculose. La seule question est celle-ci : Est-ce possible ?

Deuxième point : Faut-il enrayer la marche des furoncles ? — Nous pensons que, quand un malade subit une éruption anthracoïde, un traitement général approprié, un régime réconfortant, une hygiène bien entendue, l'emploi de l'arsenic, d'autres médicaments peut-être, sont capables d'améliorer son état et de le soustraire à des poussées consécutives. Mais là n'est pas la question.

Peut-on ou non enrayer la marche, non pas de l'éruption, mais bien du furoncle lui-même ?

Du reste, il faut bien savoir que les deux problèmes ont entre eux de singulières connexions. La furonculose est évidemment une maladie générale, mais secondairement générale : elle ne le devient que par auto-inoculation. Cette auto-inoculation peut être interprétée de trois façons différentes, à notre avis : l'infection peut se faire par le sang chargé des microbes pathogènes, c'est l'opinion de Lœweuberg, et nous verrons qu'il y a des cas pathologiques où toute autre interprétation est impossible ; elle peut se faire par le pus, et les faits si fréquents d'éruption localisée, rayonnant tout autour de la première lésion, plaident vigoureusement en faveur de cette hypothèse; elle peut se faire aussi, à notre avis (et nous n'avons pas vu que cette interprétation eût encore été donnée), par l'intermédiaire des mains du malade. Bien des gens pansent et soignent eux-mêmes leurs furoncles ; d'autres, qui les laissent à l'air libre, grattent avec les ongles « le petit bouton » qui commence à poindre et la peau qui l'entoure, siège fréquent de démangeaisons plus ou moins vives. Ainsi, ils transportent à distance, sur d'autres points de l'économie, le pus ou la sérosité virulente qui infectera de nouvelles régions.

Ceci dit, pour légitimer, si elle est possible, la cure radicale du furoncle, quels sont les moyens de la tenter et de la réussir ? Deux sortes de méthodes ont été employées à cet effet : la *méthode médicale* et la *méthode chirurgicale.*

Les badigeonnages à la teinture d'iode caustique (Boinet) les frictions répétées avec l'onguent mercuriel et la pommade au précipité blanc, l'emplâtre de ciguë (Rosh, d'après Richelot), pourraient donner de bons résultats. Assurément, nous ne le nions pas, mais nous restons étonné que des moyens si simples soient si peu usités s'ils sont vraiment efficaces, et malgré eux, la doctrine du furoncle qui poursuit sa marche malgré tout, reste encore aujourd'hui la théorie de presque tous les médecins.

En est-il de même des moyens plus chirurgicaux que nous possédons ? Nous ne le pensons pas. « Velpeau a démontré qu'en ouvrant le sommet du furoncle au début avec une pointe de lancette, et le cautérisant avec l'azotate d'argent, on peut le faire avorter ; mais il n'a pas voulu dire par là que ce fût un bon moyen à employer », écrivent les auteurs du Compendium.

Que Velpeau ait ou non voulu dire cela, ce n'est plus la question. Le fait est celui-ci : Velpeau enrayait la marche des furoncles. An dire de M. Reclus, Bretonneau obtenait des résultats identiques, et, imitant cette pratique, notre maître dit qu'il a « pu arrêter une éruption furonculeuse développée autour d'un clou de l'avant-bras, en excoriant la vésicule du sommet avec de la tarlatane imbibée d'une solution d'acide borique et portée à une température de 50 à 55°. » Nous avons, eur nous-même, employé une méthode fort semblable à celle-ci, sans la connaître alors ; la voici :

Arrachant avec une pince le poil qui était au centre de quelques furoncles naissants, et consécutifs à l'apparition d'un premier clou, nous ouvrions ainsi la vésicule, déchirions un peu les bords de la solution de continuité et portions par cette ouverture au centre de la tumeur, sur le chas d'une aiguille, une ou deux gouttes de solution de chlorure de zinc au 1/50.

Ce traitement a enrayé dans leur marche tous les furoncles que nous avons ainsi traités.

Nous ne tenons naturellement pas plus à cette méthode qu'à une autre, et nous sommes persuadé qu'on peut obtenir le même résultat en pratiquant dans la petite tumeur une injection de quelques gouttes d'une solution antiseptique quelconque, pourvu qu'elle soit à un titre suffisamment élevé. Mais nous pensons qu'on peut et qu'on doit essayer, soit par un des moyens que nous venons d'indiquer, soit par la piqûre de la tumeur à l'aide d'une aiguille rougie, de faire « avorter le furoncle ».

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Tuberculose vertébrale (1), par le professeur Lannelongue.

Sous ce titre, le professeur Lannelongue vient de publier les leçons qu'il a faites sur ce sujet à la Faculté.

La première leçon est consacrée à l'historique général et à la division du sujet en Mal de Pott proprement dit ou Mal vertébral postérieur, Mal sous-occipital. L'auteur comprend aussi dans son exposé la tuberculose sacro-iliaque, la tuberculose sacrée et sacro-coccygienne.

L'anatomie pathologique, basée sur un très grand nombre d'autopsies et d'examens histologiques, est traitée ensuite avec un soin minutieux, et c'est certainement une des parties les plus intéressantes de cette publication. Cette étude comprend :

1° L'examen des lésions et déformations du rachis, la distinction des lésions profondes et superficielles ; l'étude des foyers profonds, de l'inflexion du rachis et de son mécanisme

(1) Paris. H. Asselin et Houzeau, 1888.

(contracture musculaire, ulcération compressive par le poids des parties), de l'angle rentrant et des variétés très nombreuses de gibbosités par mal de Pott; la description des déformations secondaires, des courbures de compensation du rachis, des déformations du thorax, du tronc, du bassin et de leurs conséquences physiologiques.

Etudiant les modifications du canal vertébral, Lannelongue fait voir que, dans la majorité des cas, les trous de conjugaison conservent leurs dimensions normales et peuvent même être élargis; que le canal vertébral n'est pas toujours rétréci, la moelle étant rarement atteinte par une arête vive et tranchante, résultat des inflexions brusques.

La forme enkystée du tubercule vertébral, les granulations tuberculeuses, la caverne tuberculeuse, sont rapprochées de l'infiltration tuberculeuse. Il n'y a pas de raison de croire, dit l'auteur, à l'isolement absolu de ces deux états, amenant deux formes distinctes en clinique. La forme lente et progressive de l'infiltration tuberculeuse donne les lésions anciennement décrites sous le nom de *Carie*.

Lannelongue n'admet pas non plus la polyarthrite intervertébrale existant distinctement sans lésions osseuses, les observations publiées sur ce sujet étant obscures, mal étudiées.

La réparation des parties osseuses est due, d'après Lannelongue, à un arrêt dans le travail d'envahissement tuberculeux, à la résorption ou élimination des produits de dégénérescence, à la néoformation fibreuse ou osseuse qui comble la solution de continuité en rétablissant une solidité plus ou moins grande et en général suffisante.

2° La description des altérations des parties molles placées dans l'angle rentrant, c'est-à-dire au devant de la colonne vertébrale: Abcès tuberculeux, altération des ganglions lymphatiques et des vaisseaux artériels et veineux.

Les abcès froids sont considérés comme des *tuberculomes*, leur paroi étant essentiellement active, tuberculogène et décrits dans leurs différentes formes, suivant leur siége, leur migration.

L'infection ganglionnaire au voisinage des lésions, dans la plèvre, le péritoine, etc.; les altérations des parois des gros vaisseaux dues à l'envahissement par le processus tuberculeux, les déviations, déformations et rétrécissements de l'aorte et de la veine cave, peu connus avant les travaux de Lannelongue, sont étudiés avec soin.

3° La description des lésions des organes contenus dans le rachis, des altérations des méninges, de la moelle et des nerfs, dûs à la compression ou à l'envahissement tuberculeux et leurs conséquences (paralysies, troubles trophiques).

Dans la troisième leçon, Lannelongue examine l'âge auquel on observe le plus fréquemment le mal de Pott, l'influence de l'hérédité, de la débilité du sujet, d'une mauvaise hygiène, de la coqueluche, de la rougeole. D'après lui, le traumatisme est sans influence sur le développement de la maladie.

Les symptômes sont étudiés en détail dans leurs différentes formes (nerveuse, convulsive ou névralgique), d'après l'ordre de succession des trois symptômes principaux (gibbosité, paralysie, abcès), leur fréquence, leurs rapports réciproques. L'étude des symptômes du mal de Pott est divisé suivant les diverses régions anatomiques de la moelle:

Mal sous-occipital;

Mal cervico-brachial ou occipital (contractures, douleurs locales : irradiées ou pseudo-névralgiques);

Mal dorso-lombaire (perte de mobilité de la région, troubles urinaires, du rectum);

Mal lombo-sacré (troubles nerveux caractéristiques, trophiques, troubles vaso-moteurs, modification de la température des membres, abaissement du côté paralysé).

Le diagnostic, la marche, la terminaison du mal de Pott, les rechutes, les causes multiples de mort, sont longuement traités.

La quatrième leçon est consacrée à l'étude du traitement.

L'auteur a peu de confiance dans les cautères et les révulsifs. Pour lui, l'indication essentielle est d'immobiliser le foyer vertébral et de le soustraire à l'influence de la compression exercée par les parties supérieures du corps au moyen de l'extension continue.

Lannelongue ne pense pas que l'on puisse, au moyen d'appareils, appliquer l'extension continue et permettre la marche. L'extension doit être pratiquée le malade étant couché, la contre-extension étant faite par le poids du corps.

Lannelongue trouve la plupart des corsets insuffisants; il décrit le modèle qu'il a adopté. Cet appareil est très ingénieux et nous paraît efficace; il a cependant l'inconvénient d'être un peu compliqué, d'un prix élevé, ne pouvant par conséquent être utilisé pour tous les cas de la pratique hospitalière.

Il se compose de 2 pièces principales : 1° Une ceinture pelvienne en cuir moulé, prenant un point d'appui sur le sacrum et sur les hanches, n'exerçant aucune compression sur les épines iliaques antéro-supérieures; 2° une sorte de collier également en cuir moulé, s'évasant supérieurement pour s'appliquer exactement en arrière sur la face inférieure de l'occipital, en avant sur la région sus-hyoïdienne et le maxillaire inférieur.

Ces deux pièces sont réunies l'une à l'autre par deux supports métalliques suffisamment résistants : l'un antérieur, l'autre postérieur. A la partie moyenne de chacun de ces supports est placée une crémaillère, à l'aide de laquelle on fait varier leur longueur à volonté, ce qui permet d'écarter les deux pièces de l'appareil, c'est-à-dire de graduer l'extension continue.

Pour Lannelongue, le corset de Sayre ne réalise pas l'extension du rachis et aurait un certain nombre d'inconvénients. Nous trouvons l'auteur un peu sévère dans l'appréciation de ce merveilleux appareil.

Dans le traitement de la deuxième phase du mal vertébral se trouve l'exposé des manœuvres de redressement, dangereuses et inefficaces, des différents moyens proposés pour le traitement de la paralysie, des abcès froids, enfin le traitement de la convalescence.

La cinquième leçon comprend l'étude du mal vertébral caractérisé par les altérations tuberculeuses limitées à l'arc postérieur des vertèbres et se localisant sur les apophyses transverses, sur les apophyses épineuses, sur les lames ; son traitement par l'extirpation ou le grattage des parois des abcès symptomatiques, la résection de la portion d'os malade, des apophyses épineuses.

La sixième leçon est consacrée à l'étude du mal sous-occipital, à la description des lésions primitives des os, de l'occipital, de l'atlas, de l'arc, des ligaments, des luxations, du rétrécissement du canal rachidien, des méninges et du bulbe, des abcès froids; à l'étude des symptômes divisés en ostéo-articulaires (douleur spontanée et provoquée; contractures

lésions du pharynx, luxations) et nerveux (paraplégie, monoplégie, dysphagie, troubles phonétiques, oculo-pupilaires, pulmonaires, cardiaques); au diagnostic avec les arthrites rhumatismales, scarlatineuses, déformantes; à l'exposé de la marche, de la terminaison très fréquente par la mort subite et à l'indication du traitement.

L'auteur recommande un appareil permettant l'extension continue. Cet appareil se compose de deux pièces principales réunies l'une à l'autre par deux montants dont la longueur peut être modifiée à volonté. La pièce inférieure qui sert de point d'appui est formée d'une large pèlerine en cuir, moulée sur les épaules et la partie supérieure du tronc; la supérieure s'applique sur la base du crâne et sous les maxillaires. Les deux montants contiennent des crémaillères, à l'aide desquelles l'on éloigne on l'on rapproche les deux pièces précédentes l'une de l'autre.

La septième leçon contient l'étude de la tuberculose sacro-iliaque ou sacro-coxalgie tuberculeuse, de la tuberculose du sacrum et de l'articulation sacro-coccygienne.

Un grand nombre d'observations publiées à la fin du volume viennent appuyer les faits originaux et nouveaux signalés par l'auteur.

On retrouve dans cette nouvelle œuvre les qualités de clarté d'exposition et de précision scientifique des précédents travaux de Lannelongue, notamment sur la tuberculose osseuse et la coxo-tuberculose.

P. REDARD.

DE L'HYSTÉRIE ALCOOLIQUE, par le docteur F. DREYFOUS.

La lecture du mémoire de M. le docteur Dreyfous ne peut manquer de recruter des adhérents à la thèse que notre confrère cherche à faire prévaloir en attribuant à l'intervention de l'hystérie la cause véritable de certaines paralysies qui se rencontrent dans la classe si nombreuse des alcooliques. Parmi les arguments qui lui semblent le mieux faits pour entraîner la conviction sur ce point, il place au premier rang la constatation, chez les malades incriminés, de phénomènes nettement hystériques associés avec les troubles moteurs et particulièrement celle de l'hémianesthésie, soit cutanée, soit sensorielle. Ce phénomène, on le sait, est regardé depuis longtemps comme un attribut fondamental de l'hystérie confirmée. Or on le trouve signalé dans le plus grand nombre des 15 observations qui servent de base au travail de M. Dreyfous, observations qui se présentent avec toutes les garanties que l'on peut exiger quand il s'agit d'une question aussi délicate.

Plaident également en faveur de l'origine hystérique d'autres symptômes tels que l'hémichorée, la contracture et chez quelques malades l'apparition de troubles nerveux, absences, vertiges, etc., etc. Ajoutons que la plupart de ces malades présentent des tares héréditaires ou des antécédents névropathiques indéniables : le père est fou, la mère notoirement hystérique; un frère est mort de convulsions, le sujet de l'observation a présenté lui-même à une certaine époque des troubles psychiques sur l'origine desquels on ne pouvait se méprendre, etc., etc. Toutes ces considérations militent en faveur de l'opinion de M. Dreyfous, à tel point que nous sommes persuadés que la lecture de son mémoire imposera sur ce sujet la conviction à tous ceux qui savent apprécier la valeur des faits bien observés.

Mais notre savant confrère n'a pas restreint son sujet à l'étude du rôle que l'hystérie peut revendiquer dans la production des manifestations cliniques de l'alcoolisme. Il a du même coup élargi le débat et, rapprochant l'hystérie alcoolique de certains accidents observés au cours de quelques autres intoxications (hydrargyrisme, saturnisme), il a essayé d'établir entre les deux ordres de faits une assimilation légitime. Les remarquables recherches de M. Debove sur ce sujet avaient déjà ouvert la voie. M. Dreyfous a dû s'en inspirer quand il s'est occupé de rassembler les arguments cliniques propres à légitimer les conclusions de son travail. C'est ainsi que, dans sa pensée, l'hystérie apparaît comme un facteur important qui réclame une part d'influence considérable dans la production des phénomènes nerveux signalés au cours de certaines auto-intoxications, telles que l'urémie et peut-être le diabète.

Il est vrai que ce n'est là qu'une opinion entourée de réserves et dont l'acceptation définitive exigera le concours de faits très nombreux et d'une observation plus approfondie. C'est pourquoi il importe à l'avenir de fixer définitivement la valeur de la notion nouvelle que cette opinion tend à introduire dans la science. Cette seule considération suffirait d'ailleurs à faire ressortir la portée et l'intérêt du travail de M. Dreyfous.

P. MUSELIER.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM DANS L'ÉPILEPSIE. — L'épilepsie se traduit très souvent, à son début, par des malaises insidieux (étourdissements, vertiges, absences, crampes, spasmes, incontinence d'urine), dont la signification pathologique véritable est méconnue. On n'oppose, par conséquent, à ces malaises aucun traitement rationnel.

Ces phénomènes initiaux se manifestent toujours d'une manière identique. Ils constituent à eux seuls l'accès incomplet ou petit mal, et ils reproduisent en raccourci l'image exacte du commencement de l'attaque, ou grand mal.

Une fois que l'habitude convulsive est contractée, les crises se renouvellent souvent sans cause appréciable et en vertu d'une sorte de routine. Dans les cas où la rétrocession morbide s'opère, les attaques disparaissent d'abord, tandis que les accès incomplets ne sont influencés qu'en dernier lieu. L'épilepsie, on le voit, finit comme elle a commencé.

Non seulement l'épilepsie idiopathique est une affection plus souvent curable qu'on ne l'a cru jusqu'ici, mais encore il est possible, dans beaucoup de cas, d'obtenir des suspensions très prolongées de tous les accidents épileptiques. Ces rémissions équivalent presque à des guérisons.

De tous les médicaments préconisés contre l'épilepsie, le bromure de potassium, exempt d'iodure, est certainement le plus efficace. Lorsqu'il n'atténue pas considérablement la maladie, il abat du moins les secousses, les soubresauts, l'état nerveux, l'irritabilité et les impulsions des épileptiques. Il calme sans jamais exciter.

Le bromure de potassium ne commence à produire des résultats appréciables, chez l'adulte, qu'à partir de 4, 5 et 6 grammes, et il peut être élevé progressivement, selon les indications, jusqu'à 9 ou 10 grammes par jour.

Les effets physiologiques du médicament ne produisent aucun trouble sérieux dans la santé. L'anaphrodisie temporaire doit seule être annoncée aux malades.

Tout médecin peut obtenir des succès en matière d'épilepsie, mais aux conditions suivantes : faire preuve d'une persévérance exceptionnelle; administrer un sel bromique d'une irréprochable pureté; en surveiller les effets tous les huit jours; prolonger la

médication pendant un an et, dans le cours de la seconde année, la reprendre tous les trois mois pendant trente jours consécutifs.

Telles étaient les conclusions du mémoire magistral que l'éminent Legrand du Saulle publiait, il y a une vingtaine d'années, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX. Ce travail fit une grande sensation. Les épileptiques allaient enfin trouver un soulagement, une amélioration sérieuse ou même, grâce à la persévérance du traitement, la guérison.

Le mode d'administration du bromure de potassium est d'une importance énorme ; les solutions bromurées ont le grave inconvénient de déterminer de l'irritation gastrique, du dégoût, de la perte d'appétit, de la diarrhée et de l'amaigrissement. Sans doute, ces effets ne tiennent d'ordinaire qu'à ce que le bromure de potassium est chloruré ou ioduré. Il faut, avant tout, être certain de la pureté.

C'est en suivant les sages prescriptions du mémoire de Legrand du Saulle, que Henry Mure a livré à la pratique médicale son sirop de bromure de potassium, exempt d'iodure. Les malades supportent à merveille ce produit qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé, et d'une action certaine. Henry Mure a neutralisé les effets désagréables du sel bromique sur le tube digestif et préparé un excellent produit pharmaceutique, à l'aide du sirop d'écorces d'oranges amères. Chaque cuillerée du médicament renfermant exactement 2 grammes de bromure exempt d'iodure, la prescription du médecin est simplifiée et l'ingestion du remède est rendue facile au malade.

Le *Sirop d'Henry Mure au bromure de potassium (exempt d'iodure)* est un médicament éprouvé. Il s'adapte à toutes les combinaisons et se prête à toutes les nécessités de la pratique médicale dès qu'il s'agit d'une névropathie, et surtout d'une névrose convulsive. Toutefois, si l'on veut mettre en œuvre le traitement à dose progressive et élevée, conseillée par Legrand du Saulle, il est indispensable que le médecin ordinaire dirige seul l'administration du médicament et qu'il en surveille fréquemment les effets.

En résumé, persévérance de la part du malade, prudence de la part du médecin et supériorité notoire de l'agent bromique de la part du pharmacien : telles sont les conditions fondamentales du succès. (GAZETTE DES HÔPITAUX.)

BULLETIN

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Deuxième article

La seconde journée de la vingt-neuvième session de l'Association générale des Médecins de France a été remplie plutôt par des votes que par des discussions.

Les comptes du trésorier sont approuvés à l'unanimité

Puis on procède à l'élection de M. Riant comme secrétaire général, de M. Richelot fils comme vice-secrétaire, de MM. Bucquoy, Jaccoud, Motet, Jules Worms (de Paris), Dumesnil (de la Seine-Inférieure), Laennec (de la Loire-Inférieure), Marquez (du Haut-Rhin), comme membres du Conseil général.

Puis MM. Passant et Richelot (de Paris), Thomas (d'Indre-et-Loire) sont nommés membres de la Commission de la Caisse des pensions.

Plusieurs membres paraissent étonnés que, pour les élections, le Bureau ait fait distribuer des listes. C'est, il nous semble, aux membres mêmes de la réunion qu'un reproche doit être adressé : c'est à eux de se concerter, d'étudier et de poser des candidatures. Ce que fait le Bureau n'est qu'une indication ; libre à l'Assemblée de la suivre ou de la repousser ; ainsi se passent les élections de tout genre, et l'on doit savoir gré au Bureau de désigner aux suffrages des électeurs ceux des membres de l'Association qu'il croit dignes de remplir certaines fonctions et qu'il a pressentis à cet égard. Il pourrait bien arriver, en effet, que le choix des électeurs se portât sur des collègues qui refuseraient, après le vote, le mandat qu'on leur aurait confié.

Après l'élection, M. le docteur Riant remercie l'Assemblée de son vote de confiance et l'assure de son dévouement à l'œuvre. Personne n'en saurait douter, et le choix du 9 avril sera ratifié par l'Association entière.

M. le docteur Horteloup lit, au nom du Conseil général, un rapport sur la fixation de la date de l'Assemblée générale de 1889. C'est l'année de l'Exposition, et beaucoup de délégués des Sociétés locales ne seraient pas fâchés de profiter de la réunion médicale pour visiter l'Exposition. Mais le Conseil général, par l'organe de M. Horteloup, pense qu'il y aurait inconvénient à reporter au delà du 10 mai la réunion des délégués, car le travail des pensions doit être prêt pour le 1er juin, et, passé ce terme, il retarderait de trois mois le paiement de la pension. C'est beaucoup pour certaines misères urgentes. Et comme à la limite extrême du 12 mai l'Exposition sera à peine ébauchée, mieux vaut s'en tenir aux errements anciens et convoquer l'Assemblée pour le dimanche qui suit Pâques.

Les conclusions du rapport de M. Horteloup ont été adoptées sans opposition.

Il n'en a pas été de même des conclusions présentées par M. le docteur de Ranse. L'honorable rapporteur avait à parler d'un vœu exprimé l'an dernier par la Société de la Loire et de la Haute-Loire et consistant à autoriser chaque Société locale à faire émettre dans chaque Assemblée générale de l'Association, par des délégués, le total des suffrages auxquels la Société locale a droit par le nombre de ses membres.

Or, d'après les statuts, chaque Société peut se faire représenter par autant de délégués qu'elle a de fois soixante-quinze membres. La proposition de la Société de la Loire voulait donc dire que le délégué d'une Société locale pourrait émettre autant de suffrages que la Société compte de fois soixante-quinze membres.

Maintenant, au contraire, que se passe-t-il ? Une Société a droit à trois délégués et ils sont tous présents à l'Assemblée de Paris, tous votent, la Société a donc les trois voix auxquelles elle a droit. Mais, par suite de telle ou telle circonstance, un des délégués est absent ; la Société n'est donc plus représentée que par les deux tiers des suffrages auxquels elle a droit. En définitive, le vœu de la Société de la Loire a pour but de dispenser tel ou tel délégué d'assister à la réunion de Paris. Mais le devoir d'un délégué n'est-il pas d'assister à ces réunions ; le devoir d'une Société qui tient à être représentée n'est-il pas d'assurer cette représentation par le choix d'un bon délégué ?

M. le docteur de Ranse a fait le dépouillement des opinions exprimées par les Sociétés locales sur cette question, dans leurs rapports imprimés. Toutes n'ont pas émis un avis, et celles qui en ont émis un ne sont pas, en majorité, favorables au vœu de la Société de la Loire.

L'argument le plus sérieux contre la nécessité et la correction du vote cumulatif est celui-ci, que puise M. de Ranse dans le compte rendu de la Société des Pyrénées-Orientales :

« Supposons qu'il n'y ait que trois Sociétés locales ayant chacune 30 membres et ayaot chacune droit à 3 délégués. Deux d'entre elles adoptent une solution A par 16 voix contre 14 qui se prononcent pour la solution B. Mais la troisième Société adopte la solution B par 29 voix contre une seule pour la solution A. Il en résultera qu'à la réunion des délégués, 6 voix se prononceront pour la solution A, qui sera dès lors adoptée, tandis que si les sociétaires avaient voté eux-mêmes, ils l'eussent repoussée par 57 voix contre 33. »

Un antre inconvénient, c'est celui d'imposer anx délégués un mandat impératif, puisque toute la délégation, qu'elle soit complète on incomplète, devra voter comme l'aura ordonné à l'avance la Société. De la sorte, la discussion à Paris est inutile; autant vaudrait voter par correspondance.

Pour ces raisons et pour d'autres encore, le rapporteur conclut contre le vote cumulatif.

C'est M. Fleury, de la Société de la Loire, qui a répondu à M. de Ranse et a soutenu le bien fondé de la proposition de la Société. « Ce n'est pas, dit-il, la représentation exacte de chaque Société que nous avons; cette représentation est incomplète. De plus, le mandat impératif, contre lequel on s'élève, est tout à fait de mise ici. Le délégué qui vote sur une question qui a été étudiée par sa Société, sur laquelle la Société s'est prononcée, vote non selon son sentiment personnel, mais selon le mandat qu'on lui a donné ».

M. Surmay, de Ham, l'entend bien ainsi pour les questions étudiées à l'avance, et il n'admet la liberté des délégués que pour les questions soulevées dans la réunion même de Paris.

M. Surmay n'est pas éloigné, d'ailleurs, d'une modification des statuts. Le délégué d'une Société, d'après son système, viendrait dire en séance non pas que sa Société a voté dans tel ou tel sens, mais que tant de voix ont voté pour, tant de voix contre. On aurait ainsi l'expression exacte de l'opinion de tous les membres de l'Association.

M. de Ranse a répliqué en quelques mots à l'argumentation de MM. Fleury et Surmay.

Les conclusions du rapport ont été adoptées. L'Assemblée a voulu maintenir dans son intégrité le suffrage à deux degrés établi par les statuts.

M. Brun, trésorier, a fait part à ses collègues de la nécessité, pour chaque Société, d'avertir le trésorier de l'Association générale des décès des pensionnaires; si le trésorier est prévenu en temps opportun, il peut faire annuler la pension; s'il est prévenu trop tard, l'argent de la pension est perdu pour un certain temps.

M. Rougon, de Pongues (Nièvre), voudrait que le trésorier demandât, le 1er juillet et le 1er janvier de chaque année, au maire de la commune où habite le pensionné, un certificat de vie.

M. Delvaille, de Bayonne (Basses-Pyrénées), demande que chaque année, en envoyant les convocations, le Bureau pose au président de chaque Société locale cette question : Le ou les pensionnés de votre Société vivent-ils?

M. Brun répond que le Conseil général étudiera cette importante question.

Puis plusieurs vœux sont discutés. Celui de M. Rouyer (de Laigle), relatif à l'étude par le Conseil général de tous les vœux présentés par les Sociétés locales, est pris en considération.

M. Diday (de Lyon) présente le vœu de la Société du Rhône pour la mise au concours des places de médecin et chirurgien des hôpitaux; le concours aurait lieu devant une Faculté de médecine.

Ce vœu est appuyé par M. Leoglet, de Reims, qui cite quelques faits justifiant le mode de faire.

Le vœu est pris en considération.

On repousse un vœu de la Société de Saint-Quentin tendant à rendre obligatoire l'échange des rapports imprimés de toutes les Sociétés entre elles.

Il en est de même du vœu de la Société de Châtillon, relatif à l'établissement d'une direction générale de la Santé en France, t ede la proposition de M. Ponroy (de Châteauroux), relative à l'inscription dans l'Annuaire du nom de toute Société qui ne paiera pas à la Caisse centrale les sommes dues par elle.

L'Assemblée prend en considération le vœu de la Société de l'Aisne tendant à l'étude de l'assistance médicale dans les campagnes.

Puis la séance est levée.

Le soir, M. et Mme Henri Roger recevaient, avec leur bonne grâce habituelle, les médecins de Paris et des départements.

Dr C. Delvaille.

NOTES & INFORMATIONS

L'inspectorat des eaux minérales. — Dans sa dernière réunion, le Comité consultatif d'hygiène publique, sur les conclusions du rapport de la commission chargée d'étudier la question de l'inspectorat des eaux minérales, a voté la suppression de l'inspectorat, qui serait remplacé par le système proposé par M Brouardel, dans la discussion de l'an dernier, devant l'Académie de médecine.

Le nouvel état de choses sera consacré officiellement avant l'ouverture de la saison thermale, à moins que le Conseil d'Etat, qui doit préalablement donner son avis, ne retienne plus longtemps, ne rejette ou ne modifie le projet qui va lui être soumis.

Mesures prophylactiques de la rage. — Le vœu exprimé récemment par l'Académie de médecine, relativement aux mesures de police sanitaire à prendre contre la propagation de la rage canine par les chiens errants, vient de recevoir satisfaction. A la suite d'un rapport de M. Léon Colin devant le Conseil d'hygiène et de la salubrité publique du département de la Seine, et d'une courte discussion qui l'a suivi, une commission, composée de MM. Pasteur, Dujardin-Beaumetz, Levraud et Besançon, a été chargée de rédiger l'avis suivant, qui a été approuvé par le Comité, puis par le préfet de police, et affiché sur les murs de Paris :

« Le nombre des chiens enragés devient considérable :

« 261 chiens ont été abattus dans le département de la Seine, pendant le premier trimestre de 1888.

« Il est donc indispensable de débarrasser immédiatement la voie publique de tous les chiens errants, véritables propagateurs de la rage.

« Le préfet de police informe le public que, sur la demande du Conseil d'hygiène publique et de salubrité (séances du 17 février et du 13 avril), il vient de prendre des mesures spéciales pour l'application rigoureuse des dispositions ci-après du décret du 22 juin 1882 :

« Les chiens trouvés sans collier sur la voie publique devront « être saisis, mis en fourrière et abattus sans délai;

« Les chiens errants, même munis de collier, seront mis en

« fourrière et abattus s'ils ne sont pas réclamés avant l'expiration « d'un délai de trois jours. »

INSTITUTION D'UN CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 14 avril, il est institué, auprès du ministère de l'intérieur, un Conseil supérieur de l'Assistance publique, chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique comprend des membres de droit, désignés à raison de leurs fonctions, et des membres nommés par décret.

Les membres de droit sont :

Le directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance,

Le directeur de l'administration départementale et communale,

Et le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de l'intérieur;

Le directeur des affaires civiles au ministère de la justice;

Le directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts;

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris;

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine;

Le président du Conseil supérieur de santé des armées;

Le président du Conseil supérieur de santé de la marine;

Le vice-président du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris.

La partie du Conseil composée de membres nommés par le président de la République est renouvelée par moitié tous les trois ans. Les membres sortants peuvent être l'objet d'une nouvelle nomination.

Tout membre nommé en remplacement d'un autre, par suite de décès ou toute autre cause, ne demeure en fonctions que pendant la durée du mandat confié à son prédécesseur.

Le ministre préside le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Le Conseil choisit parmi les membres nommés un vice-président et un secrétaire.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique tient chaque année deux sessions ordinaires commençant : l'une le dernier mercredi de janvier, et l'autre le deuxième mercredi de juin. Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu sur la convocation du ministre de l'intérieur.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique pourra être subdivisé, par arrêtés du ministre de l'intérieur, en un certain nombre de sections correspondant aux divers ordres de travaux qui lui seront soumis.

Le ministre peut autoriser à assister aux séances du Conseil, avec voix consultative et à titre temporaire, soit les fonctionnaires dépendant ou non de son administration, soit toutes autres personnes dont la présence serait reconnue nécessaire pour les travaux du Conseil.

Lors du premier renouvellement des membres nommés par décret, les membres sortants seront désignés par la voie du sort.

Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique :

MM. Léon Béquet, Dr Blatin, Dr Bourneville, Brueyre, Caubet, Dr Cazelles, Chamberland, Dr Chautemps, de Crisenoy, Cros-Mayrevieille, Dr Dreyfus-Brissac, Charles Dupuy, Dr Gailleton, Gaufrès, Gerville-Réache, Dr Gibert, Hendlé, Dr Henri Henrot, Labiche, Dr Labrousse, Sigismond-Lacroix, René Laffon, Dr Lardier, Lebon, Dr Levieux, Dr Magnan, Mamoz, Marbeau, Dr Marjolin, Martin, Nadaud, Georges Martin, Dr A.-J. Martin, Dr Millard, Dr Mireur, Naquet, Normand, Frédéric Passy, Pichon, Benjamin Raspail, Dr Rochard, Théophile Roussel, Sabran, Jules Siegfried, Jules Simon, Dr H. Thulié, Tolain, Emile Trélat, Dr U. Trélat, Warin.

CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE EN MÉDECINE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre a décidé, le 10 avril 1888, qu'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1888, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu :

A Paris, le 3 septembre; à Lille, le 7 septembre; à Nancy, le 13 septembre; à Lyon, le 19 septembre; à Montpellier, le 25 septembre; à Bordeaux, le 29 septembre.

Les candidats admis seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une Faculté de médecine, ou une Faculté mixte, ou une Ecole de plein exercice, ou une Ecole préparatoire, savoir :

Paris, Nancy, Montpellier, Lille, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Arras, Amiens, Rouen, Reims, Besançon, Dijon, Tours, Angers, Rennes, Limoges, Clermont-Ferrand, Grenoble, Toulouse et Alger.

Les élèves du service de santé militaire, attachés à une ville ne possédant pas une Faculté de médecine ou une Ecole de plein exercice, devront, après leur troisième année d'études, désigner la Faculté près de laquelle ils désireront achever leurs études et résider dans la ville où celle-ci est placée.

Les étudiants ayant de quatre à seize inscriptions (pour le doctorat) sont admis à concourir.

Les candidats devront être classés, d'après le nombre de leurs inscriptions, dans l'un des groupes suivants :

1° Etudiants ayant, au minimum, quatre inscriptions, et sept au maximum; 2° étudiants ayant, au minimum, huit inscriptions, et onze au maximum; 3° étudiants ayant, au minimum, douze inscriptions, et quinze au maximum; 4° étudiants ayant seize inscriptions.

Nul ne peut être admis au concours, s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé; 2° qu'il a eu au 1er janvier de l'année du concours moins de vingt-deux ans pour les élèves ayant de quatre à sept inscriptions; moins de vingt-trois ans pour les élèves ayant de douze à quinze inscriptions; moins de vingt-cinq ans pour les élèves ayant seize inscriptions; 3° qu'il est apte à servir activement dans l'armée.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

Les nominations à l'emploi d'élève du service de santé militaire en 1888 seront, au minimum, de 60, ainsi réparties :

30 élèves à quatre inscriptions; 20 élèves à huit inscriptions; 5 élèves à douze inscriptions, et 5 élèves à seize inscriptions.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pion, directeur du POITOU MÉDICAL.

Ce journal, qui a déjà pris un bon rang dans la presse médicale, et qui, dès sa naissance, a reçu un excellent accueil de la part de tous nos confrères de la région de l'Ouest, sera désormais dirigé par MM. les docteurs Brossard et Rolland.

— La Faculté de Montpellier vient de perdre successivement

deux de ses membres les plus sympathiques et les plus distingués, M. Planchon, professeur d'histoire naturelle, et M. Bourdel, agrégé libre.

***

— A la suite du tirage au sort du jury pour le concours du bureau central de médecine, MM. Proust, Dn Castel, Guibont, Chauffard, Hanot, Terrillon, Gingeot, ont été désignés.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu dimanche 22 avril, à 2 heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

Ordre du jour :

1° Lecture du compte rendu de l'année 1887 par le secrétaire général;

2° Election : d'un président; de deux vice-présidents.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

3° Tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

HOPITAL BICHAT. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ses leçons à l'hôpital Bichat, le dimanche 29 avril, à 9 heures 1/2 très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Sujet des deux premières leçons : « De la tension artérielle considérée comme indication thérapeutique dans les maladies. »

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 8 AU SAMEDI 14 AVRIL 1888.

Fièvre typhoïde 10.—Variole 7.— Rougeole 12.— Scarlatine 4. — Coqueluche 5. — Diphtérie, croup, 39 — Choléra 0. — Dysenterie 0. — Phthisie pulmonaire 189.— Autres tuberculoses 27. — Tumeurs : Cancéreuses 45. — Autres 7. — Méningite 48. — Congestion et hémorr. cérébrales 49. — Paralysie 7.— Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 77.— Bronchite aiguë 35. — Bronchite chronique 40. — Broncho-pneumonie 43.— Pneumonie 64. — Gastro-entérite : Sein 19. — Biberon 31. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 37. — Sénilité 35. — Suicides 13. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 190. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine : 1082 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons du mardi à la Salpêtrière de M. le professeur Charcot. — Policlinique 1887-1888. — Notes de cours de MM. Blin, Charcot, Henri Colin, élèves du service. — Paris. Aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL et librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale, par T. Lander Brunton, membre du Collége médical royal; — adopté à la pharmacopée des Etats-Unis par Fr.-H. Williams, docteur à Boston; ouvrage traduit de l'anglais sur la 3e édition, par le docteur Lucien Deniau, lauréat de la Faculté de Paris, et Emile Lauwers, docteur à Courtrai. — Tome I. Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

Paris, le 26 avril 1888.

Les lecteurs peuvent voir ci-dessus des noms nouveaux parmi les membres du Comité de rédaction. En s'assurant le concours de trois professeurs des plus distingués des Facultés de province, concours dont elle leur est reconnaissante, la GAZETTE MÉDICALE, fidèle d'ailleurs en cela à sa tradition, a tenu à se mettre à l'abri du reproche d'excès de centralisation adressé parfois à la presse médicale parisienne, et à montrer qu'elle cherche avant tout à représenter la médecine française.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Suite. — Voir les numéros 12, 13 et 16.

Deuxième Leçon

II

La *forme salutatoire* n'est pas la seule que puissent affecter les convulsions rythmées d'origine hystérique. Les auteurs ont décrit plusieurs autres variétés, et je dois au moins vous signaler les plus fréquentes, bien que je ne sois pas en mesure de vous en montrer d'exemples aujourd'hui.

A. *Spasmes saltatoires.* — Les malades atteints de cette forme de convulsions rythmées sont pris à certains moments, sans perte de connaissance, sans délire, sans aucune espèce de troubles de l'esprit, d'un besoin irrésistible de sauter.

Ils se rendent parfaitement compte de ce qu'ils font ; ils voudraient s'arrêter, mais leurs muscles entrent en action indépendamment de leur volonté. Tantôt ils sautent sur place comme des marionnettes articulées dont une main invisible ferait mouvoir les ressorts ; tantôt ils s'élancent impétueusement en bondissant sur les meubles ; tantôt enfin ils parcourent leurs appartements en sautillant. Exemples :

Un jeune garçon de 13 ans, observé par Trousseau, ne présentait aucune gêne dans l'exécution des mouvements volontaires ; il pouvait courir et sauter avec la même agilité que ses camarades ; il se servait très aisément de ses mains pour manger et pour boire. Mais, ajoute Trousseau « sous l'influence

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite. — Voir le numéro précédent.

II

L'essentiel, il est vrai, gît dans l'application, non dans l'origine des choses.

Ce qu'il faut, à notre humble avis, éviter aux aide-majors territoriaux en cette École militaire de 13 jours, c'est la paperasserie tenue des livres-registres, états, correspondance, statistique, bons, tout ce que l'Intendance appelle avec une souriante complaisance « la passation des écritures ».

Cette passation, encore qu'on l'ait émondée, demeure formidable par ses rejets.

Tel colonel redoute moins les balles de l'ennemi que les hommes de Bureau avec leurs balles de papier.

Et leurs « pièces ».

Il ne laisse pas chez nous, médecins, d'exister des dévôts de cette science « arithmétique » titrée dans son monde spécial d' « Administration et Législation militaires », et où le BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA GUERRE est un guide aussi infaillible qu'alphabétique et numérique, où pas n'est besoin d'invention et d'idées, où l'on n'a à *trouver* — qu'à la table des matières.

Et c'est ce qui en fait la vogue.

Il nous revient qu'au 25e corps, si vous voulez, un Directeur de santé arrivé par vétérance, ne passait même pas un accroc de virgule aux alinéas sacrés des décisions, notes, notices, modèles ou circulaires. Et c'étaient des renvois avec des rectifications d'une solennité satisfaite.

Mais quand on l'interrogeait sur les mesures à prendre au cas plus grave en apparence d'épidémie — de choléra si vous voulez.

Il devenait subitement aphone.

On en concluait qu'il était plus familier avec la pagination des œuvres lourdes du Ministère qu'avec celles de l'Académie de médecine et des traités d'Hygiène de Michel Lévy, Proust, Arnould, Morache, Lacassagne, etc.

de je ne sais quel trouble de l'innervation, cet enfant était pris de mouvements bizarres, de contractions musculaires involontaires qui le jetaient en avant, comme s'il eût été lancé par un ressort, le faisaient sauter à 7 ou 8 pieds de la place qu'il occupait lorsqu'il était debout, on le faisaient se lever brusquement, mécaniquement, si je puis ainsi dire, du siège où il était assis, mais ne l'en précipitaient pas. Dans ce désordre des fonctions locomotrices, il y avait une sorte d'harmonie, et si toutes les puissances musculaires étaient soustraites à l'empire de la volonté, toutes du moins entraient simultanément en jeu ».

Un autre jeune garçon se levait brusquement pendant ses accès, poussé pour ainsi dire par un ressort qui se serait distendu, s'élançait sur un meuble avec une agilité et une souplesse merveilleuses, puis il revenait s'asseoir tranquillement sur sa chaise (1).

M. Jaccond raconte dans une de ses cliniques l'histoire d'un enfant d'une dizaine d'années, issu d'une mère hystérique, qui tombait soudainement à genou et parcourait en sautillant la pièce où il se trouvait. L'accès fini, il se relevait sans éprouver autre chose qu'un peu de fatigue. Il guérit en peu de temps (2).

Dans quelques observations de spasmes saltatoires hystériques, les convulsions rythmées ne se produisent que lorsque les malades sont dans la station verticale. Tant qu'ils restent étendus dans leur lit, on ne constate aucun trouble de la motilité de leurs membres inférieurs; aussitôt qu'ils se lèvent, leurs jambes sont agitées de secousses convulsives violentes.

M. Gowers a publié deux observations de ce genre. Voici le résumé de la première : Louisa B..., fille d'un alcoolique endurci, fut atteinte à différentes reprises de convulsions rythmiques des membres inférieurs. Quand la malade était couchée, ces membres ne présentaient ni paralysie, ni rigidité, ni secousses convulsives anormales. Mais, aussitôt qu'elle voulait appuyer les pieds par terre, les deux jambes étaient prises de convulsions cloniques qui secouaient violemment tout le corps. Les secousses convulsives se produisaient synchroniquement dans les deux jambes; elles se produisaient environ deux ou trois fois par seconde. Elles étaient si violentes que les talons étaient soulevés à plusieurs pouces de hauteur et retombaient violemment sur le sol. Elles duraient tant que la malade restait debout et cessaient instantanément aussitôt qu'elle se couchait. Après quatre mois, cette malade guérit spontanément et soudainement (1).

Il est bon de vous rappeler ici que tous les spasmes saltatoires ne sont pas d'origine hystérique. Les observations souvent citées de Bamberger (2), Beigel (3), Guttmann (4), Frey (5), etc., que vous trouverez reproduites ou résumées dans un grand nombre d'ouvrages classiques, particulièrement dans le savant article que M. Ricklin a consacré aux spasmes saltatoires dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, sont des exemples curieux de spasmes systématisés dépendant d'une ou de plusieurs causes encore indéterminées, mais qui doivent, jusqu'à plus ample informé, être tenues en dehors de l'histoire des spasmes hystériques.

B. *Spasmes malléatoires.* — On donne ce nom aux spasmes qui s'accompagnent de mouvements analogues à ceux que fait le forgeron (marteleur) quand il frappe en cadence son marteau sur l'enclume et, par extension, à tous les spasmes dans lesquels les malades frappent à coups répétés avec les membres supérieurs ou inférieurs un point quelconque de leur corps ou semblent frapper un objet imaginaire.

Itard rapporte une belle observation de ce genre dans un remarquable mémoire publié en 1825 dans les Archives générales de médecine (6). Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune dame qui était sujette, depuis un an, à des accès convulsifs. Ces accès « débutaient par une raideur tétanique qui s'emparait du tronc et des membres et se terminait par un cri

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 3e édit., t. II, p. 254.

(2) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière*, 2e édit., 1874, p. 172.

(1) Gowers. *On saltatoric Spams*. (The Lancet, July 1877.)

(2) Bamberger. *Ueber saltatorischen Reflexkrampf*. (Wiener medic. Woch., 1859.)

(3) Beigel. Traduction allemande du livre de Reynolds sur l'Epilepsie. (Erlangen, 1865, p. 119.)

(4) Guttmann. (Berl. klin. Woch., 1867, et Archiv für Psychiatrie und Nervenk., 1875, t. VI, p. 378.)

(5) Frey. (Arch. für Psych. and Nervenk, 1875, t. VI, p. 349).

(6) Itard. *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix.* (Archives générales de médecine, 1825.)

Ce qui, du reste, n'abolissait en rien ses facultés d'émargement mensuel.

***

Eh bien, il ne faut pas user les « 13 jours » qui, du reste, n'y suffiraient point, à ces encombrants petits détails. Ce qui est d'urgence pratique, c'est le service de guerre.

Nos distingués confrères ont pu être infirmiers de visite volontaires d'un an, devers 1876-78, les hôpitaux étaient alors sous la direction trifurque et *ex æquo* du médecin, du pharmacien et du comptable — c'est dire en plein chaos, sans discipline non pas exacte, mais quelconque.

D'autre part, ils n'ont pas subi l'examen de *médecin auxiliaire*, inauguré en 1883, et d'ailleurs, comme jalousement rétréci, borné au banal, une « théorie », si bien que les étudiants en médecine de Paris, qui ont de l'esprit et avec qui il est bon d'en faire montre, ont caractérisé cette science un peu « de chambrée » par ses deux questions usuelles : *Qu'est-ce qu'un colonel? Qu'est-ce qu'une infirmerie?*

C'est donc pour beaucoup un premier début avec ses curiosités, et dès lors le gros de cette adaptation rapide nous paraît être de familiariser :

1º Avec le *Matériel* — voitures médicales régimentaires, cantines médicales, paniers de réserve de pansement, musette de pansement, brancards, appareils du champ de bataille, avec les sabres, courroies, couvertures, fusils (et à ce propos remarquons que le fusil Lebel avec ses 2 canons superposés constitue une attelle large de plus d'adhérence et de fixité que le Gras), transports et hémostases de fortune.

2º Avec le *Fonctionnement*. — Place du Poste de Secours, où? En quel abri? A quelle distance de la *ligne de feu* en avant — de la *station de voitures* en arrière — quelques notions quantitatives sur les épidémies des guerres récentes et leur bon combat par l'hygiène, aussi sur le service sanitaire allemand.

Car il n'y a pas que chez nous que l'on se hâte vers le bien.

Et ce n'est pas besogne simple cette initiation à terme bref; toutefois, soyez assurés qu'elle n'excède ni en compétence ni en bon vouloir le zèle de nos médecins de régiments.

Mais le meilleur de la mesure due au directeur Dujardin-Beaumetz c'est la *Vie d'officier*, le contact du personnel, la mise la main dans

perçant pareil à ceux qu'arrache une terreur soudaine. Alors, par un mouvement involontaire imprimé à ses deux bras, la malade se frappait le creux de l'estomac à coups de poings redoublés, très vigoureusement assénés et qu'on pouvait entendre de la pièce voisine, et cela sans délire, sans perte de connaissance, sans aucun trouble des sens externes. Seulement, comme cet état de spasme était partagé par les muscles de la respiration et du larynx, elle ne pouvait s'exprimer qu'à voix basse, par mots entrecoupés et faiblement articulés. Souvent ces mouvements convulsifs étaient suspendus pendant quelques minutes par le retour de spasmes toniques qui, comme au début de l'accès, se terminaient par un cri aigu auquel succédait immédiatement le retour des convulsions. L'accès durait ainsi depuis vingt-cinq minutes jusqu'à deux heures... » La malade guérit par l'application d'un large vésicatoire au creux épigastrique.

M. Bernutz raconte brièvement, dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, l'histoire d'une demoiselle qui fut affectée pendant plusieurs années d'un *spasme malléatoire* des plus singuliers. Avec la régularité d'une pendule, toutes les secondes (hors les heures du sommeil), son pied venait, avec un bruit très fort, frapper son front qu'il avait fallu garnir de linges pour éviter les contusions. Après avoir été soignée inutilement par les praticiens les plus distingués de la capitale, cette demoiselle guérit subitement en entendant une messe à la fin d'une neuvaine dans l'église des Lazaristes (1).

C. *Spasmes oscillatoires ou pendulaires.* — Dans cette variété de convulsions rythmées, le tronc ou les membres sont alternativement portés dans des directions opposées par des mouvements pendulaires régulièrement cadencés, comme cela avait lieu chez une jeune femme hystérique, dont M. Cantani a recueilli l'observation et qui, tous les soirs invariablement, quand les cloches de l'église sonnaient l'angelus, se balançait sur sa chaise, d'avant en arrière, sans pouvoir s'arrêter, pendant une heure (2).

Il serait facile, messieurs, de multiplier pour ainsi dire à l'infini, le nombre des variétés de spasmes rythmiques systématisés, car tous les mouvements volontaires imaginables sont susceptibles de se reproduire involontairement sous la forme de convulsions rythmées. Mais il n'y a aucun intérêt à étudier minutieusement les détails de la forme et de la distribution des secousses pour en faire la base d'innombrables subdivisions : l'important, c'est de reconnaître la nature de l'affection convulsive ; le reste est sans utilité pratique.

(1) Bernutz. Article *Hystérie*, du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XVIII, p. 256.

(2) Cité par E. Galvagni : *Sui Spasmi ritmici localizzati.* — Bologne, 1880, p. 61.

III

Deux affections seulement pourraient être confondues avec les spasmes rythmiques systématisés d'origine hystérique : ce sont la chorée vulgaire et le paramyoclonus multiplex.

La *chorée vulgaire* donne lien à des secousses convulsives disséminées sur différents muscles des membres, du tronc, du visage, et par suite à des contorsions bizarres, grotesques, qui rappellent dans une certaine mesure celles que provoquent les spasmes hystériques systématisée. Mais, dans la chorée, les secousses sont inégales, irrégulières, variables d'un instant à l'autre, tandis que dans les spasmes rythmiques elles affectent systématiquement certains muscles à l'exclusion des autres, se répètent uniformément avec une cadence régulière et déterminent par conséquent la reproduction monotone des mêmes grimaces, des mêmes attitudes, des mêmes gestes. Cela seul suffirait à distinguer nettement les deux affections, qui sont du reste séparées par des différences de nature et d'évolution sur lesquelles il est inutile d'insister.

Le *paramyoclonus multiplex* ressemble davantage aux spasmes systématisés d'origine hystérique. C'est une affection convulsive qui a été décrite pour la première fois en 1881 par M. Friedreich (1) et qui a fait l'objet en 1886 d'un intéressant travail de M. Marie (2). Elle est encore fort incomplètement connue. Il n'en a été publié jusqu'à présent qu'une vingtaine d'observations (3). Elle est essentiellement caractérisée par des secousses musculaires brusques, soudaines, siégeant prin-

(1) Friedreich. (Virchow's Archiv, Bd 86, 1881, p. 421.)

(2) Marie. (Progrès médical, 1886, p. 153 et 241.)

(3) Ces observations sont dues à MM. Friedreich, Lowenfeld, Remak, Silvestrini, H. Bennett, Testi, Marie, Seeligmuller, Homen, Schultze, Kovalewski, Venturi, Lembo, Popoff, Abtkans, Bechterew, Spitza, Starr, Rubino, Feletti.

---

la main des médecins territoriaux et en cadre actif, aussi ces petits grands détails : feuille de route, solde, quart de place, mess, cercle militaire, équitation, ordonnance, visites d'arrivée et de départ, place de revue, de défilé, de marche, rapport (1).

260 aides-majors territoriaux, 500 peut-être l'année prochaine, car il y a beaucoup de bons élèves à parachever, vont s'asseoir en hôtes aimés au foyer de la Famille du Drapeau et ne l'oublieront plus.

C'étaient des confrères ; ils vont devenir des camarades.

***

Après avoir soulevé des passions d'une vive soudaineté à Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nancy — qui soupiraient conjointement — la question des Ecoles du service de santé de la Guerre et de la Marine mène aujourd'hui peu de bruit.

(1) *Rapport* et *Caserne* se prononcent dans l'artillerie ou cavalerie : *décision* et *quartier*.

Les premiers sont purs termes de gens de pied.

Il faut, dans l'un et l'autre camp, se garer des solécismes d'ailleurs toujours véniels chez le « docteur ».

Cette placidité est inquiétante en soi.

Et plus encore par ce fait que beaucoup de bons esprits sont divisés sur le sujet, même au Val-de-Grâce, même au Ministère.

« Ces Ecoles, nous écrit le Docteur X..., un tempérament quelque peu intempérant de langage, ces Ecoles où l'on prend le plus possible avec bourses et trousseaux gratuits, où l'on subsitue un collège de médecine au collège et comme un bachot de médecine au bachot, où l'on se prolonge dans l'internat jusqu'à 23 ans, ont toujours donné plus de docteurs que de médecins. »

A l'époque où les promotions de Strasbourg n'étaient pas casernées, 50 élèves se résolvaient à peu près en 30 docteurs, mais ces 30 — produit de « sublimation » — étaient ceux qui avaient *voulu* une carrière, ouvert le livre d'eux mêmes et épousé le Travail d'inclination ; ils en gardaient le goût fort vif.

L'an d'après, 50 élèves casernés en *carcere duro* donnaient facilement 45 docteurs, mais les 15 en plus n'étaient-ils pas précisément ceux qui, tenus en lisière par le pensum, assagis par les retenues, passés au vernissage par les répétitions « colles » et artifices d'examen.

Un peu cousus à la machine, si vous voulez.

cipalement dans les muscles des membres, mais pouvant s'étendre également à ceux du tronc et du visage. Ces secousses sont habituellement symétriques et synchrones dans les deux côtés du corps, mais quelquefois elles se montrent irrégulièrement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, tantôt dans un segment de membre, tantôt dans un autre. Elles se répètent à des intervalles rapprochés : on en compte de 5 à 180 par minutes. La rapidité de leur rythme est souvent influencée par la position du corps, par les émotions morales, par les excitations sensitives. Elles diminuent en général de fréquence et de violence pendant l'exécution des mouvements volontaires et cessent tout à fait durant le sommeil. Cependant ce n'est pas là un caractère constant; on a même cité des cas où les spasmes étaient plus forts quand les malades étaient sur le point de s'endormir (Friedreich, Homen), ou quand ils étaient profondément endormis (Venturi).

Les muscles qui sont le siège des convulsions conservent leur volume normal et l'intégrité de leur force. Leur excitabilité mécanique et électrique est conservée sans modifications notables. La sensibilité cutanée ne présente aucun trouble. Les réflexes rotuliens ont été trouvés normaux ou exagérés.

La durée de l'affection est longue. La guérison est sa terminaison habituelle. Les récidives sont fréquentes.

Ses causes sont encore incomplètement connues. Elles surviennent le plus souvent chez des adultes de 20 à 40 ans. Des prédispositions héréditaires névropathiques ont été constatées dans un tiers des cas environ.

Parmi les causes déterminantes, on a signalé la peur (Friedreich, Remak, Homen), le refroidissement (Seeligmuller, Silvestrini), les émotions morales (Testi, etc.).

La seule autopsie pratiquée jusqu'à ce jour par M. Friedreich a donné des résultats négatifs : les muscles et les centres nerveux étaient exempts de toute altération microscopique. Le paramyoclonus multiplex est donc, selon toute vraisemblance, une affection *sine materia*, une névrose.

Mais cette névrose a-t-elle une existence propre ? Est-elle nosologiquement indépendante de l'hystérie ? Il est impossible de résoudre ces questions avec les documents dont on dispose aujourd'hui. Cependant il paraît d'ores et déjà fort probable que le paramyoclonus multiplex a des rapports intimes avec l'hystérie, et qu'une partie au moins des faits cliniques sur lesquels est fondée son histoire mériterait de figurer dans le groupe des spasmes rythmiques hystériques.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Tumeurs du sein. — Tuberculose mammaire. — Leçon clinique de M. le professeur Dubrueil, à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier.

Messieurs, les tumeurs du sein contribuent notablement à peupler les services de chirurgie, mais trop souvent on se trouve en face de carcinomes pour lesquels l'intervention, quelque étendue qu'elle soit, ne laisse, en somme, que peu de place à l'espoir d'une guérison définitive.

Je vous ferai observer, en passant, l'absence de gravité que présente généralement l'ablation du sein, même accompagnée du curage de l'aisselle.

Depuis longtemps, à l'hôpital, il ne m'est pas arrivé de perdre une malade à la suite de l'amputation du sein, et j'ai cependant été conduit, dans quelques cas, à faire des débrements très étendus. Chez une des dernières opérées, une grosse femme aux seins volumineux, après avoir enlevé le sein gauche en totalité, j'ai dû énucléer des ganglions axillaires engorgés remontant jusqu'au sommet du creux de l'aisselle. Chemin faisant, malgré toutes les précautions que j'ai pu prendre, j'ai ouvert la veine axillaire. La plaie du vaisseau a été comprise entre deux ligatures, et il n'est rien résulté de cet incident qu'un œdème dur et douloureux du membre correspondant, œdème qui avait à peu près disparu au bout d'un mois.

Vous avez constaté chez cette opérée les avantages que l'on peut retirer de la suture élastique pour les cas où l'étendue de la perte de substance des téguments ne permet pas d'affronter les lèvres de la plaie.

Je vous disais que, depuis longtemps, à l'hôpital, je n'ai pas perdu de malade à la suite de l'amputation du sein ; il n'en a malheureusement pas été de même dans ma pratique civile. Il y a peu de temps, j'ai été appelé à opérer, dans une ville assez éloignée, une demoiselle atteinte d'un myxome du sein gauche. Il n'y avait pas trace d'engorgement gan-

Ont eu besoin public d'être sauvés d'eux-mêmes et maintenus en tête à tête avec le livre.

Ce que ce tête-à-tête devient un divorce plus tard, vous l'imaginez.

Certes, les familles s'empresseront toujours à ce bon marché, comme à tout autre, et y «plaçant» leurs fils—peut-être après qu'ils auront échoué en bien d'autres parts.

On confectionnera ainsi plus d'un médecin malgré lui.

* * *

« Mais concédez moi que le chauffage en cellule ne vaut pas l'air moins moralement confiné des Facultés— les travaux forcés—le travail libre.

Il est délicat de muer l'obligation en bon vouloir et de fabriquer des vocations quelconques. Dans l'armée, l'officier qui n'a pas démesurément le goût des batailles tourne court à l'intendance, ces avisés passent aux exercices de plume, mais les médecins, eux, resteront, ils n'ont pas ce déversoir et alors... »

Là-dessus, notre bon ami, le docteur X..., emploie les mots extrêmes « d'École-usine » et même de « couveuse artificielle ».

Sous ces termes qui manquent de retenue académique, il y a bien quelque fondement.

Mais voici le docteur Z... et quelques-autres qui m'envoient des arguments absolument inverses :« Jamais Strasbourg n'a vu d'études plus fortes : les internes étaient presque tous des élèves militaires, le niveau des points d'examen s'élevait beaucoup plus que chez les civils « les étudiants à la chope ».

Et quels beaux auditoires un peu « conduits » au cours, il est vrai, mais qui prenaient des notes comme des bénévoles.

Puis, voyons de plus haut : il y avait de la tenue, de la discipline, de l'*esprit de corps* surtout, on sortait presque « officier fait », sans arrière-pensée de démission, les promotions étaient nombreuses et le service assuré ».

Tout cela demeure exact en beaucoup de points.

J'imagine, bien que le recrutement actuel donne des aides-majors d'une bonne valeur, que l'Etat gagnerait quelque chose à la création d'une Ecole de santé, et que Bordeaux, Lyon, Montpellier et Nancy, doivent continuer à soupirer le plus fort possible.

Le Budget a le cœur dur aux choses de sentiment (1).

(1) M. le Directeur Dujardin-Beaumetz vient d'être entendu le

glionnaire sous l'aisselle; l'opération et le pansement avaient été faits en suivant rigoureusement les règles de la méthode antiseptique, et je comptais sur une guérison à peu près assurée. L'événement m'a donné tort. Arrivé dans la localité au moment d'opérer et reparti immédiatement après, j'ignorais qu'il y eût dans le pays une épidémie d'érysipèles. Pour comble de malheur, une religieuse placée auprès de la malade venait de donner des soins à une personne atteinte d'érysipèle, laquelle, si je ne me trompe, avait succombé.

Bref, mon opérée n'a pas tardé à être prise d'un érysipèle qui l'a emportée.

Parmi les tumeurs que nous avons opérées dans ce quadrimestre, il en est quelques-unes d'assez intéressantes.

A peu d'intervalle, nous avons enlevé, chez la mère et chez la fille, deux tumeurs mammaires, qui, toutes deux, ont été qualifiées par M. Kiener, après examen microscopique, de fibromes péri-canaliculaires. Ce fait semblerait indiquer une sorte d'hérédité des fibromes.

Mais, de toutes les néoplasies qui ont nécessité notre intervention, la plus rare est une tumeur qu'on peut, je crois, sans hésiter, ranger dans la classe des tuberculoses mammaires. Cette tuberculose s'accompagnait d'une mammite interstitielle à forme scléreuse.

La malade, mariée et âgée de trente-cinq ans, a perdu son père à l'âge de cinquante-cinq ans, d'une maladie d'estomac; jamais, au dire de sa fille, il n'a eu ni hématémèse, ni tumeur. La mère a été emportée par une attaque de choléra. Pas d'antécédente tuberculeux dans la famille.

Jusqu'à l'âge de quatorze ans, la patiente a été fréquemment atteinte d'adénite cervicale et de mal aux yeux. Elle a été réglée à douze ans, et, depuis cette époque, les règles ont été régulières. Elle a souvent des migraines. A vingt-deux ans, elle a été atteinte d'une pleurésie, mais elle ne se rappelle pas de quel côté. Elle a eu une fille il y quatorze ans, et l'a nourrie pendant quatorze mois sans rien éprouver de particulier.

La malade est plutôt maigre que grasse, mais, en somme, à part quelques accidents nerveux sans importance, elle jouit d'une assez bonne santé. L'examen des poumons ne révèle rien de particulier.

Elle s'est aperçue, depuis un an et demi, que le mamelon gauche semblait diminuer de volume et se rétracter. Il n'y avait, à cette époque, dans le sein correspondant, ni douleur, ni tuméfaction. Six mois après, un médecin qui examina le sein constata l'existence d'une tumeur et prescrivit l'usage intérieur de l'iodure de potassium accompagné d'applications locales d'une pommade iodurée.

De temps à autre, il survient quelques légères douleurs au niveau du sein et des aisselles, aussi bien à l'aisselle droite qu'à la gauche.

Le 10 juin, j'ai examiné la malade. Chez elle, les seins sont normalement peu volumineux. A gauche, le mamelon est considérablement rétracté, et la glande tout entière est augmentée de volume. On sent, à la palpation, une série de masses indurées, lobulées. A la partie externe, il existe une tuméfaction plus considérable, au niveau de laquelle on perçoit une sensation assez nette de fluctuation. La peau est adhérente en ce point; la glande est libre au-devant du grand pectoral. Aucun écoulement par le mamelon. Le sein droit renferme aussi quelques petits lobules légèrement indurés, sans adhérences, ni à la peau, ni à la paroi thoracique.

Dans les deux aisselles, on constate l'existence de quelques ganglions légèrement tuméfiés et indurés. Ces ganglions sont quelquefois le siège de douleurs plus vives que celles que la malade éprouve dans le sein.

Comme diagnostic, j'éliminai le cancer et j'hésitai entre un sarcome et un fibrome. En tout cas, l'ablation me parut indiquée, et je la pratiquai le 12 juin.

Je devais naturellement enlever la mamelle toute entière et retrancher toute la peau adhérente. Au moment où je détachais la glande du grand pectoral, il jaillit une certaine quantité de pus. Il était évident que j'avais pénétré dans un abcès. Il s'était écoulé environ deux ou trois cuillerées de pus, et la façon dont il avait jailli, dès que la cavité avait été ouverte, semble indiquer qu'il était soumis à une forte compression.

Je fus, je l'avoue, un peu surpris par cet incident; néanmoins je continuai l'opération et j'enlevai la mamelle, sans toucher aux ganglions axillaires. Les deux bords de la plaie purent être rapprochés, et j'appliquai un pansement antiseptique.

La cicatrisation a été rapide; quelques accidents nerveux se sont bien produits à la suite de l'opération, mais ils n'ont eu aucune importance, et jamais la température ne s'est élevée au-dessus de 38°,2. Lorsque la malade a quitté l'hôpital, les

---

Ne vient-on pas, au nom de l'Epargne, de diminuer dans la Marine — et par la suppression de l'équivalence des inscriptions et par la limitation du Professorat — ces *Ecoles de port* qui étaient une demi-propriété et semblaient, par une longue possession, faire comme partie vitale du port lui-même, au même titre que l'Arsenal.

(A suivre). Dr A. CHASSAGNE.

— Par décret en date du 23 avril, rendu sur la proposition du ministre du commerce, les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements remplissent, sous l'autorité du ministre du commerce et de l'industrie, les fonctions d'inspecteurs régionaux des services de l'hygiène public, chacun dans la circonscriptions territoriale de la Faculté à laquelle il est attaché. Il correspond avec le médecin des épidémies et avec le conseil d'hygiène publique et de salubrité de cette circonscription.

Des arrêtés du ministre du commerce pourvoient aux mesures de détail.

Pour la circonscription de Paris, le professeur d'hygiène étant en même temps inspecteur général des services sanitaires, il n'a point paru nécessaire de lui confier à nouveau, et pour une partie des départements, une attribution qu'il tient de ses fonctions actuelles pour tout le territoire de la République. Dans le cas où ces doubles fonctions ne seraient plus réunies dans la même personne, le professeur d'hygiène de la Faculté de Paris pourrait être investi, comme ses collègues des départements, des fonctions d'inspecteur régional.

***

— Le cours complet et quotidien d'obstétrique, avec toucher et manœuvres, de M. le docteur Fournel, commencera le lundi 30 avril, à 8 h. du soir.

On s'inscrit tous les jours, de 5 à 6 h., 165, rue Saint-Honoré (place du Théâtre-Français).

---

26 avril par la commission de l'Armée au sujet de l'Ecole, sa pupille; une cinquième ville soupire, c'est Marseille, il serait désirable qu'on ne contrarie pas toutes ces « inclinations » et qu'on mène l'un des prétendants à l'hôtel du ministère des Finances.

ganglions axillaires ont paru avoir, tant à gauche qu'à droite, le même volume qu'à son entrée.

Voici la note qui m'a été remise à la suite de l'examen pratiqué dans le laboratoire d'anatomie pathologique :

Examen macroscopique. — Tissus plus denses que normalement; certaines parties paraissent plus indurées que d'autres. A la coupe, coloration lardacée normale du sein, avec stries jaunâtres formées par l'élément adipeux.

La cavité de l'abcès a le volume d'une noix; elle est située en dessous et en dedans du mamelon et traverse obliquement le sein de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans. Son extrémité externe aboutit jusqu'au mamelon. Cette cavité est tapissée par une membrane granuleuse formée de bourgeons charnus de volume variable. Il y en a de volumineux; d'autres sont très petits. Certains sont translucides, quelques-uns opaques.

Examen microscopique.—Sclérose de la mamelle avec compression du tissu glandulaire dont bon nombre d'acini sont étouffés par la prolifération conjonctive.

Les bourgeons charnus qui tapissent la cavité pathologique sont constitués par une énorme quantité de cellules jeunes et une mince charpente conjonctive. Les cellules infiltrent les tissus sous-jacents jusqu'à une petite distance de la cavité, 2 à 3 millimètres environ. Au-delà, il n'existe que de la mammite interstitielle. Au milieu des cellules jeunes, on trouve quelques cellules géantes à centre jaunâtre et, par points, le groupement réputé autrefois caractéristique des tubercules : cellule géante, cellules épithélioïdes, cellules embryonnaires. Divers accidents survenus aux préparations ont empêché la recherche des bacilles tuberculeux.

Nonobstant la non-constatation des bacilles, on est, je pense, parfaitement autorisé à ranger ce cas au nombre de ceux encore rares de tuberculose du sein et à le considérer comme un exemple de tubercules confluents.

REVUE GÉNÉRALE

NATURE PARASITAIRE DE L'ANTHRACO-FURONCULOSE; SON TRAITEMENT, par M. PIERRE SEBILEAU, aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Troisième point. — Le furoncle est constitué. Comment faut-il le traiter?—A. *Du cataplasme.* Nous ne pensons pas qu'il soit encore aujourd'hui beaucoup de chirurgiens pour appliquer sur les furoncles des cataplasmes, de quelque nature qu'ils soient. C'est là un moyen qu'il faut absolument proscrire, d'abord parce qu'un topique de cette nature, en règle générale, ne doit jamais être appliqué sur une plaie, et qu'une faute en matière d'antisepsie en appelle bien d'autres, ensuite parce que les cataplasmes constituent un milieu de culture excellent pour tous les organismes inférieurs et que, sous eux, l'éruption gagne de proche en proche, non pas, comme on le disait autrefois, par transformation des vésicules d'érythème que détermine le contact irritant de la substance dont ils sont composés, mais bien par transport dans le voisinage d'un pus qu'ils altèrent, au lieu de le stériliser.

B. *Des antiseptiques.* — Voilà bien le vrai traitement du furoncle. Que l'on emploie le simple pansement humide, les fomentations, les bains ou les pulvérisations, tout cela est bon pourvu que les substances antiseptiques en soient la base. L'eau boriquée, l'eau phéniquée, le sublimé, le bi-iodure de mercure, tout peut être employé et avec succès. Mais que faut-il préférer?

Notre savant maître, le professeur Verneuil, dans une récente communication à l'Académie de médecine, a beaucoup prôné l'usage des pulvérisations phéniquées. C'est là une puissante médication, au sujet de laquelle nous nous expliquerons à propos du traitement de l'anthrax, et qu'on utilise avec succès dans celui du furoncle, mais qui présente, à notre avis, quelques inconvénients.

Pour nous, le but à remplir en pareille matière est celui-ci : entretenir d'une façon constante autour de la tumeur une atmosphère humide, chaude et antiseptique — antiseptique avant tout.

Comment la chaleur et l'humidité qu'on réalise facilement en recouvrant le pansement d'un tissu imperméable modifient l'état des tissus enflammés, on n'en sait rien.

M. Laborde pense qu'il s'agit là d'une contraction des artérioles qui aurait pour effet d'empêcher la propagation des agents infectieux; pour M. Perrin, des échanges osmotiques très actifs purgeraient le territoire malade des germes phlogogènes qui l'y colonisent. Tout cela est possible; mais, ce qui est certain, c'est le fait en lui-même.

Quant à la nature de l'antiseptique, nous avons déjà dit qu'on n'a que l'embarras du choix. Celui que nous préférons est le sublimé. Trois ou quatre fois par jour, nous appliquons sur le furoncle une plaque d'ouate salicylée ou boriquée, que nous imbibons d'une solution au millième de deutochlorure de mercure. Nous fermons le pansement avec soin, et nous en assurons l'occlusion avec de la gutta-percha laminée dépassant largement les limites des pièces humides.

D'habitude, le furoncle ainsi traité n'évolue pas complètement. Quelquefois le pus ne se forme pas; souvent il n'en sort que quelques gouttes à peine. Dans la majeure partie des cas, les tissus ne se sphacèlent pas et il n'y a pas formation du bourbillon. Le mal se résout, et il n'en reste comme trace qu'une induration très manifeste qui persiste pendant quelques jours et disparaît ensuite sans laisser de trace.

Il est deux points sur lesquels nous voulons insister ici tout particulièrement :

1° La nécessité absolue d'appliquer sur le furoncle un pansement, et un pansement bien protecteur et bien occlusif;

2° L'indication formelle de ne pas activer l'expulsion du pus et du bourbillon, quand il sont formés, par des pressions exercées sur la base de la tumeur.

Expliquons-nous.

Il faut au furoncle un pansement, parce que, s'il reste à l'air ou qu'il soit à peine couvert de quelques pièces mal fixées, le malade, à chaque instant sollicité par les démangeaisons à y porter les doigts, grattera, excitera, irritera et souillera le foyer malade, pour transporter ensuite de sa propre main, sur d'autres points du corps, le staphylococcus pathogène, et il faut un pansement complet, parce que tout pansement qui n'est pas complet, large et bien fermé, n'est pas et ne peut pas être un pansement antiseptique.

Nous ne voulons point qu'on comprime les furoncles pour en chasser le pus et le bourbillon pour plusieurs raisons : c'est une pratique inutile, très douloureuse et dangereuse.

Inutile parce que l'un et l'autre sortent seuls et que, malgré

tont, on ne fera pas qu'un furoncle qui évolue jusqu'au bout puisse guérir avant l'escharification complète de tout ce qui doit se mortifier; très douloureuse,chacun le sait; dangereuse parce qu'en ouvre ainsi une porte aux micro-organismes en blessant le foyer et en ouvrant des vaisseaux. D'autant qu'à ce moment le furoncle est considéré comme guéri et qu'on se garde bien d'y faire appliquer un pansement.

Récemment, nous avons vu, dans le service de notre cher maître, le professeur Verneuil, une malade qui, le lendemain du jour où un furoncle qu'elle portait à la nuque avait été violemment malaxé et comprimé, fut prise de fièvre, de frissons, et vit se développer, à la face interne et supérieure de la cuisse, un abcès volumineux.

Celui-ci fut incisé et donna issue à un pus contenant une quantité considérable de staphylocoques du furoncle. Malade depuis plusieurs mois, cette femme n'est pas encore guérie, son abcès ayant communiqué avec la bourse du psoas.

« Je fais chaque année une clinique sur le traitement du furoncle et de l'anthrax, a coutume de dire M. Verneuil, et ce n'est pas encore assez. »

On va dire que tout cela est beaucoup de bruit pour rien. Ce sera un tort. Il est évident que tous les furoncles, à bien peu d'exceptions près, guérissent seuls et sans qu'on prenne contre eux aucune précaution. Mais le furoncle est une affection douloureuse, gênante et assez longue; de plus, c'est une maladie qui se généralise et qui, sous forme d'éruptions, oblige quelquefois les individus qui en sont atteints à garder le lit pendant plusieurs semaines. Si donc on peut la juguler, raccourcir de moitié le temps nécessaire à la guérison de la première pustule et empêcher l'auto-inoculation qui peut en partir, nous ne voyons pas pourquoi on n'essaierait pas de le faire quand cela est si facile.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Sur la Saccharine.

SON ACTION SUR L'ORGANISME ANIMAL. — SES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

I. SUR LA SACCHARINE DE FAHLBERG, par A. STUTZER (*Deutsch Amerikanische Apotheker-Zeitung*, 1885, n° 14). — II. SUR LA MANIÈRE DONT SE COMPORTE LA SACCHARINE DANS L'ORGANISME ANIMAL, par E. SALKOWSKI, (*Virchow's Archiv*, t. CV, fasc. 1, p. 46, 1886). — III. RECHERCHES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA SACCHARINE, par les docteurs V. Annucco et U. Mosso (*Gazetta della Cliniche*, 1886, 14 et 15, et *Archivio per le Scienze mediche*, t. IV, n° 22, p. 407, 1886). — IV. SUR LA SACCHARINE, par le professeur LEYDEN (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, n° 26, p. 291). — V. CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE ET A LA DIÉTÉTIQUE DU DIABÈTE SUCRÉ, par le docteur POLLATSCHEK (*Allgem. Wiener medic. Zeitung*, 1887, n° 5). — VI. SUR LA SACCHARINE, par le docteur STADELMANN (*Ibidem*, 1887, n° 17). — VII. LA SACCHARINE DANS LE DIABÈTE SUCRÉ, par le professeur E. KOHLSCHÜTTER, et M. ELSASSER (*Deut. Archiv für Klin. Medicin*, t. XLI, fasc. 1 et 2, p. 178, 1887).—VIII. SUR LA SACCHARINE, par le docteur ABELES (*Wiener medic. Woschenschrift*, 1887, n° 24, p. 790). — IX. LA SACCHARINE COMME SUCCÉDANÉ DU SUCRE, par J. HEDLEY (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, n° 3, p. 144). — X. SUR LES PRÉPARATIONS DE SACCHARINE CHEZ LES DIABÉTIQUES, par M. FISCHER (*Pharmac. Zeitung* et *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1887, n° 39, p. 863).

Une communication faite par M. Worms à l'Académie de médecine dans la séance du 10 avril dernier (voir *Journal des Sociétés scientifiques*, n° 15, p. 145), vient d'attirer l'attention du public médical français sur une nouvelle matière sucrée, la saccharine. Découverte par un chimiste américain du nom de Fahlberg, qui l'a extraite du goudron de houille, la saccharine est déjà largement utilisée à l'étranger pour les usages alimentaires, et elle a fait aussi l'objet de quelques applications thérapeutiques.

Une double question se pose dès lors, qui n'est pas encore résolue, celle de savoir s'il n'y a aucun danger pour la santé publique à faire entrer la saccharine dans la consommation courante; si, d'autre part, il y a des avantages réels à l'utiliser pour le traitement de certaines maladies telles que le diabète.

J'ai dit que cette double question n'est pas encore résolue. M. Worms, en même temps qu'il la soulevait, apportait son contingent de faits pour la résoudre; contingent restreint, et dont les résultats, par cela même, pourraient être de nature à fausser le jugement des lecteurs français sur la valeur du nouveau produit. Je vais, dans les lignes qui vont suivre, passer en revue les principales recherches qui ont été entreprises à l'étranger,pour élucider cette double question d'hygiène alimentaire et de thérapeutique; les lecteurs de ce journal seront ainsi en mesure de se faire une idée exacte de l'état actuel de cette question, qui se présente en outre avec une portée économique considérable, que M. Worms a bien fait ressortir.

I. M. Stutzer, de Bonn, a fait des expériences de digestion artificielle. Il a constaté que la présence d'une proportion relativement considérable de saccharine ne trouble pas sensiblement l'action du suc gastrique, que, d'autre part, la saccharine favorise l'action saccharifiante de la diastase (tirée de l'extrait de malt), sur l'amidon. En outre, il a constaté que la saccharine possède des propriétés antiseptiques, qu'elle exerce notamment quand on la met en suspension dans une solution de sucre de canne ou de sucre de raisin. Il a fait prendre de la saccharine à des lapins, à raison de 0g,5 par jour, et jusqu'à 5 grammes à un chien du poids de 8 kilogr.; il n'en est résulté aucun trouble appréciable dans la santé de ces animaux. De même,un diabétique a été soumis à l'usage quotidien de la saccharine pendant six mois, sans en être incommodé.

C'est en se basant sur les résultats de ces expériences que M. Stutzer a cru devoir proposer l'utilisation de la saccharine pour le sucrage des aliments et des boissons, chez les diabétiques notamment.

II. M. Salkowski a repris ces expériences de digestion artificielle, en les complétant, et il est arrivé à des résultats qui concordent à peu de chose près avec ceux de M. Stutzer. Il a constaté, il est vrai, que la saccharine entrave l'action saccharifiante de la salive et du suc pancréatique sur l'amidon, lorsque la digestion artificielle s'effectue dans un milieu acide, mais qu'il suffit de neutraliser le mélange, en y ajoutant une quantité convenable de bicarbonate de soude,

pour qu'aussitôt les ferments diastatiques récupèrent toute leur activité au contact de la saccharine.

La saccharine, d'après les recherches de M. Salkowski, ne trouble pas l'action peptonifiante de la pepsine. En opérant deux mélanges, l'un avec 50 gr. de fibrine desséchée, 500 c.c. d'eau, 5 c.c. d'acide chlorhydrique et 20 c.c. d'une solution de pepsine correspondant à 1 gr. de pepsine en poudre; l'autre comprenant les mêmes éléments, sauf que la moitié de l'eau était remplacée par 250 c.c. d'une solution de saccharine (0gr,15 0/0), la digestion de la fibrine était achevée, dans les deux mélanges maintenus à la température de 40°, au bout de trois heures et demie.

Les résultats ont été les mêmes dans les expériences de digestion articielle faites avec la trypsine, le ferment qui communique au suc pancréatique son action peptonifiante. M. Salkowski en a conclu que, même sous forme de solution concentrée, la saccharine ne trouble pas la digestion des matières albuminoïdes.

Relativement au pouvoir antiseptique attribué par Stutzer à la saccharine, les expériences de Salkowski ont démontré que l'adjonction de cette substance à de l'eau tenant en dissolution des matières albuminoïdes, telles que la chair musculaire, ne préserve celles-ci de la putréfaction que si le milieu est acide.

Deux lapins et deux chiens, auxquels M. Salkowski a fait ingérer des doses relativement fortes de saccharine, pendant douze et sept jours, sont restés bien portants et ont augmenté de poids. Les chiens pesaient, l'un 5,650 gr. et l'autre 6,500 gr., et les doses quotidiennes de saccharine ont été de 1 et 2 gr.

M. Salkowski fait remarquer que, d'après ces chiffres, il y aurait lieu d'estimer à 10 ou 20 gr. la quantité de saccharine qu'un homme du poids de 60 à 75 kilogr. peut ingérer sans danger dans les vingt-quatre heures. En admettant que la tolérance pour la saccharine est moindre dans l'espèce humaine, on peut être certain, néanmoins, qu'aux doses quotidiennes de 0gr.,1 à 0gr.,2, qui suffisent largement pour les usages auxquels on la destine, la saccharine sera dépourvue d'inconvénients. M. Salkowski ajoute qu'il a fait usage de la saccharine à plusieurs reprises, pour édulcorer des boissons, et qu'il en a ingéré jusqu'à 0g,1 en une fois, sans ressentir la moindre incommodité.

D'autres expériences de M. Salkowski ont eu pour but de rechercher sous quelle forme la saccharine quitte l'organisme. L'auteur a constaté que cette substance s'élimine partie en nature et partie à l'état d'acide sulfaminebenzoïque; la question de savoir si ce dernier est l'acide *ortho*, le *para* ou le *meta* reste indécise.

III. Les expériences faites par MM. Adduco et Mosso, pour élucider la question de savoir jusqu'à quel point la saccharine est tolérée par l'organisme animal, ont porté sur des grenouilles, des cobayes, des chiens, et sur des sujets de notre espèce.

Les grenouilles ont très bien supporté les injections sous-cutanées de saccharine.

Un chien, qui avait ingéré 37 gr. de saccharine en l'espace de dix jours, n'a présenté aucun trouble appréciable; son poids corporel n'avait point varié. Les urines de l'animal ont été recueillies et analysées jour par jour : l'ingestion de la saccharine n'a eu aucune influence sur la quantité des urines des vingt-quatre heures, sur leur densité et leur réaction, sur leur contenu en urée, acides sulfurique, hippurique et phosphorique; seule, l'élimination des chlorures a subi un accroissement. La saccharine, une partie du moins, s'est éliminée en nature par les urines, en communiquant à ce liquide un goût fortement sucré. Les urines ainsi chargées de saccharine sont plus lentes à se putréfier que dans les circonstances ordinaires.

Pour déterminer rigoureusement la rapidité avec laquelle la saccharine est absorbée et éliminée, les deux auteurs ont fait des expériences sur des cobayes, auxquels la saccharine était introduite directement dans l'estomac, au moyen de la sonde. Il ont constaté que la saccharine apparaissait dans les urines au bout de quinze à trente minutes; qu'il en restait encore une certaine quantité dans l'estomac, sept heures après qu'on en avait introduit dans cet organe une quantité variant de 0g,1 à 0g,2. Cette lenteur avec laquelle s'opère l'absorption de la saccharine est de nature à expliquer pourquoi le sang des animaux qui ont fait l'objet de ces expériences n'a jamais présenté le moindre goût sucré, contrairement à ce qui arrive pour les urines.

MM. Aducco et Mosso ont expérimenté sur eux-mêmes; pendant neuf jours consécutifs, ils ont pris chacun de 1 à 2 gr. par jour de saccharine en dissolution, et, plus tard, pendant quatre jours consécutifs, des doses massives de 5 gr. (chaque jour) de saccharine enveloppée dans du pain azyme. Enfin, ils ont fait prendre de la saccharine à une femme en couches, pendant trois jours, par doses quotidiennes variant de 1 à 3 gr., dans le but de rechercher si cette substance sucrée passe dans le lait.

Ils ont constaté que la saccharine ne s'élimine ni par les glandes mammaires, ni par les glandes salivaires, et quant au reste, ils ont conclu que l'usage de la saccharine est aussi inoffensif chez l'homme que chez les animaux.

Enfin, les deux expérimentateurs ont étudié l'action de la saccharine sur un certain nombre de ferments. Ils ont constaté que la levûre de bière perd en partie son pouvoir fermentescible, quand on y ajoute de la saccherine dans la proportion de 0,16 0/0; que la saccharine exerce une action analogue sur les ferments de l'urine et sur les ferments de la putréfaction contenus dans une macération de pancréas; qu'elle ralentit la fermentation lactique et la peptonisation de l'albumine opérée par la pepsine, lorsque l'addition de saccharine se fait dans la proportion de 0,032-0,016; qu'additionnée à une solution *acide* ou *neutre* d'amidon, dans la proportion de 0,19 à 0,23 0/0, la saccharine diminue l'action saccharifiante du ferment diastatique.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DU MARDI A LA SALPÊTRIÈRE, de M. le professeur CHARCOT. — POLICLINIQUE 1887-1888. — NOTES DE COURS, de MM. BLIN, CHARCOT, HENRI COLLIN, élèves du service.

M. Charcot a divisé son enseignement clinique en deux catégories de leçons : les leçons du vendredi et celles du mardi.

Les premières, véritables leçons *ex cathedra*, que le professeur a pu méditer et qui se rapportent à des malades

examinés d'avance, parfois suivis depuis longtemps, dans tous les cas complètement étudiés, sinon encore parfaitement connus, les premières, disons-nons, ont pour objet, non seulement de faire connaître l'état de nos connaissances actuelles sur telle maladie, sur tel syndrome, mais encore et surtout d'enregistrer des notions nouvelles, de signaler des *desiderata*, de posar des problèmes, et d'indiquer la voie à snivre pour combler les nns et résoudre les autres. Elles constituent moins, comme on le voit, un enseignement didactique qu'un enseignement de recherches comme celui qni est donné an Collège de France, et c'est ainsi que cette partie de l'enseignement du savant professeur a si grandement contribué aux progrès de la neuropathologie.

Dans les leçons du mardi, M. Charcot s'est proposé un autre but; professeur de clinique, il a voulu former des cliniciens et, à cet effet, il cherche à initier ses auditeurs à toutes les difficultés de l'examen des malades, du diagnostic, du pronostic et du traitement, difficultés qu'il résont lui-même, séance tenante, pour des malades venus du dehors à la consultation externe, et qu'il voit pour la première fois. Ces leçons, suivant les propres expressions du professeur, sont organisées de façon « à donner plus spécialement l'image de la clinique journalière, de la policlinique, *imaginem belli*, avec toutes ses surprises, toute sa complexité ». On voit quel intérêt elles présentent, non seulement pour le jeune médecin à la veille de faire ses premiers pas dans la carrière, mais encore pour les praticiens de longue date qui se sont souvent heurtés à ces difficultés, à ces surprises spéciales aux maladies du système nerveux. Elles méritaient donc d'être publiées, à côté des leçons magistrales, et sont appelées à rendre de non moins grands services.

Cette publication devait présenter le caractère familier des leçons elles-mêmes. C'est ce qu'ont pensé les élèves actuels du service de M. Charcot, et c'est sous forme de notes autographiées, notes dont la sténographie permet et assure la parfaite exactitude, qu'ils offrent aux lecteurs les leçons de leurs maîtres. Ces leçons paraissent par livraisons hebdomadaires; la seizième livraison vient d'être publiée. Le succès légitime qu'elles ont déjà en fait prévoir un bien plus grand encore, quand elles seront plus connues du public médical.

Dr F. DE RANSE.

BULLETIN

TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX CONSÉCUTIFS AU PNEUMOTHORAX PAR DES INJECTIONS D'AIR ASEPTIQUE DANS LA PLÈVRE. — L'ASEPSIE ET L'ANTISEPSIE EN MÉDECINE. — LES MICROBES ET LE TRANSFORMISME.

M. Potain a fait mardi dernier, à l'ACADÉMIE DE MÉDECINE, une communication qui a vivement captivé l'attention de l'auditoire; il s'agissait de la guérison d'un cas d'hydropneumothorax et de la tuberculose dont il était symptomatique par la thoracentèse et des injections d'air stérilisé dans la plèvre.

Lorsque l'épanchement pleural consécutif à un pneumothorax acquiert une certaine étendue et atteint la fosse sus-épineuse, la thoracentèse s'impose d'une manière urgente. Mais que de précautions à prendre pour éviter les nombreux inconvénients qu'elle présente et parmi lesquels figurent en premiers ligne : ici la reproduction de la fistule pleuro-bronchique et, par suite du pneumothorax amenant la transformation purulente du liquide pleural et nécessitant l'opération de l'empyème avec ses dangers presque toujours mortels ; — là, si la cicatrice de la fistule pleuro-bronchique résiste, le déplissement rapide du poumon amenant une congestion intense, une pneumonie des plus graves, parfois cette sécrétion bronchique albumineuse qui entraîne rapidement l'asphyxie; — ailleurs, si on remédie au déplissement brusque du poumon par des évacuations partielles et fréquemment renouvelées du liquide pleural, des alternatives d'expansion et de retrait du poumon qui l'enlèvent au repos bienfaisant auquel son affaissement complet l'avait condamné, et donnent comme un coup de fouet à la marche progressive de la tuberculisation.

C'est pour tourner toutes ces difficultés, éviter ces inconvénients et prévenir ces dangers que M. Potain a imaginé sa nouvelle méthode. En remplaçant dans la thoracentèse le liquide pleural qui s'écoule par un volume égal d'air et en surveillant, au moyen d'un manomètre annexé à l'appareil, la pression intra-thoracique qu'il maintient au degré voulu (en général 7 mm. de mercure), — il écarte toute crainte de rupture de la cicatrice de la fistule pleuro-bronchique, évite le déplissement brusque du poumon avec toutes ses conséquences et prévient au même titre les alternatives d'expansion et de retrait de cet organe, car le retrait se fait insensiblement, graduellement, au fur et à mesure que l'air injecté est résorbé.

Sur trois malades atteints de pneumothorax d'origine tuberculeuse et traités par cette méthode, deux qui avaient des lésions tuberculeuses unilatérales ont guéri de leur pneumothorax et de leur tuberculose; le troisième, qui avait des lésions tuberculeuses bilatérales, a guéri de son pneumothorax et a été fortement amélioré de sa tuberculose; mais celle-ci, à la suite d'imprudences commises, a repris sa marche progressive et enlevé le malade. De tels résultats sont des plus encourageants.

La méthode de M. Potain n'est pas applicable indistinctement à tous les cas de pneumothorax. Il est des pneumothorax qu'il faut respecter, car ils sont plus favorables que nuisibles aux tuberculeux; il en est d'autres qui réclament directement l'opération de l'empyème; entre ces deux extrêmes, il est des cas nombreux dans lesquels il est utile de soustraire les malades aux inconvénients et aux dangers de l'augmentation de pression ou de tension intra-thoracique due à l'épanchement pleural, liquide ou gazeux. C'est dans ce cas que la méthode de M. Potain est appelée à rendre les plus grands services.

Cette méthode, avant les travaux de M. Pasteur et les notions actuelles sur l'innocuité de l'air privé des germes qu'il tient en suspension, eût été non moins dangereuse que celles qu'elle tend à remplacer. L'air, en effet, non dépouillé de ses germes et introduit dans la cavité pleurale, ne manquerait pas de donner lieu à des fermentations septiques qui aggraveraient rapidement la scène morbide. Aussi M. Potain a-t-il soin de ne faire pénétrer dans la plèvre que de l'air parfaitement stérilisé ou aseptique, et le résultat a été tel que l'épanchement liquide, devenu purulent, a pu séjourner dans la cavité pleurale à la température du corps pendant 246 jours, sans subir la moindre décomposition, sans acquérir la moindre fétidité.

— Dans une précédente Revue (n° du 31 mars 1888), à propos de la leçon d'ouverture de M. Bouchard, nous avons dit, après le savant professeur, que les nouvelles méthodes aseptiques

on antiseptiques ont permis à la chirurgie de devancer ainsi considérablement la médecine dans la voie de transformation et de progrès qu'elles ont ouvertes. La communication que nous venons d'analyser montre que la médecine pourra reprendre son rang quand elle voudra. Il suffira que, à l'exemple de MM. Bouchard et Potain, sans partager les illusions de quelques-uns, on secoue le scepticisme du plus grand nombre et qu'on ne recule pas devant les difficultés du problème, incomparablement plus grandes, il faut le reconnaître, en médecine qu'en chirurgie.

Il est des cas toutefois, surtout en ce qui concerne la prophylaxie, où la médecine pourrait dès à présent, et non sans avantage, trouver l'application des pratiques antiseptiques usitées en chirurgie. Si, en effet, par une désinfection minutieuse et parfaite de tout ce qui touche aux malades, on prévient la transmission de l'érysipèle, de la septicémie, de l'infection puerpérale, etc., pourquoi les mêmes moyens ne contribueraient-ils pas à restreindre, dans des limites analogues, la propagation de maladies infectieuses, telles que la variole, la diphthérie, la scarlatine, etc.? L'isolement des malades, tel qu'il est appliqué en pareil cas, est manifestement insuffisant, illusoire, dangereux même, comme l'a fait remarquer M. Lucas Championnière à la Société de médecine publique, car il peut donner une fausse sécurité. Aussi, d'après M. Grancher, qui est mieux que personne en mesure de fournir des renseignements sur ce sujet, depuis que l'isolement est pratiqué à l'hôpital des Enfants-Malades, les cas intérieurs sont aussi fréquents, sinon plus que par le passé. Les lits, insuffisamment désinfectés, conservent et transmettent indéfiniment les germes des maladies contagieuses. Il n'est pas jusqu'aux objets d'un usage quotidien tels que les verres, les fourchettes, etc., etc., qui, non désinfectés, ne contribuent à la transmission des mêmes germes, comme le prouve le début, si fréquent à l'hôpital, de la diphthérie par la commissure des lèvres. Que l'antisepsie soit donc pratiquée en médecine avec la même rigueur qu'en chirurgie, et l'on aura fait faire un grand pas à la prophylaxie des maladies transmissibles.

— La Société d'anthropologie a fondé, il y a six ans, une conférence annuelle en l'honneur de Darwin et pour l'affirmation et l'extension de la doctrine à laquelle l'illustre auteur anglais a attaché son nom. Le conférencier de cette année, M. le docteur Bordier, a pris pour sujet de son discours: *Les microbes et le transformisme.*

Après avoir défini le transformisme et montré la source de preuves que ce système trouve dans la paléontologie, M. Bordier a entrepris de chercher dans la microbiologie des démonstrations encore plus nombreuses et plus frappantes. Tandis, en effet, que la première de ces sciences ne nous donne à considérer que des êtres transformés par le milieu, la seconde nous montre des êtres en voie de transformation.

La multiplication si rapide des microbes permet à l'observateur d'étudier et de suivre un nombre énorme de générations et de reculer ainsi dans des proportions considérables, en ce qui les concerne, l'horizon chronologique. Les chiffres suivants, empruntés à M. Bordier, en donneront une idée :

« La population des bactéridies charbonneuses, dit-il, double en 2 heures, tandis que celle de la France double en 138 ans. L'observateur, qui contemple une population de bactéridies pendant 74 heures, en connaît donc l'évolution comme l'historien connaîtrait celle d'un peuple sur qui il aurait une série non interrompue de documents pendant 5,106 ans et, à supposer que la durée moyenne d'une génération de microbes soit, proportionnellement au mouvement de la population, dans le même rapport que chez l'homme, ce qui nous donne sans doute un chiffre au-dessous de la réalité, on peut admettre que ce sont 200 générations de bactéridies qui ont passé sous les yeux de notre observateur pendant 74 heures! Que sera-ce si l'observation est continuée pendant un mois? Il se produira alors, sous l'œil de l'observateur, 2,000 générations de microbes. Le même nombre de générations d'hommes exigerait une durée de 50,000 années. Si l'observation dure un an, l'observateur connaîtra 24,000 générations de bactéridies qui, s'il s'agissait d'hommes, exigeraient 600,000 années. Si enfin l'observation dure 4 ans, ainsi que j'en citerai tout à l'heure un exemple, il se sera produit 93,000 générations. La même nombre de générations humaines ferait une durée de 2,400,000 années, plus qu'une époque géologique.

« L'expérimentateur manie donc ici cette puissance formidable, le Temps, à des doses colossales relativement à l'être vivant qui est en expérience, et l'on peut dire de lui, comme Lamarck disait de la Nature : « Que pour lui le temps n'a pas de limites et qu'en conséquence il l'a toujours à sa disposition. »

On voit, par ces considérations ingénieuses, quelle source précieuse d'informations, d'études, de démonstrations offre, au point de vue du transformisme, l'observation attentive et prolongée de générations successives de microbes. M. Bordier, entrant en plein dans son sujet, décrit les principales transformations subies par ces petits êtres sous l'influence des milieux, et à la volonté de l'expérimentateur : changements de forme, de propriétés (augmentation ou diminution, acquisition ou perte de la virulence), du mode de reproduction (par spores ou par scissiparité), des fonctions nutritives (aérobies devenant anaérobies et réciproquement), etc. De toutes ces transformations résultent des séries de microbes, se reproduisant avec leurs caractères expérimentalement acquis, les transmettant, si d'autres changements de milieu n'interviennent pas, de générations à générations, et constituant ainsi en réalité des espèces nouvelles.

Peut-on conclure de ces infiniments petits aux animaux supérieurs ? Par des exemples habilement puisés dans l'histoire naturelle et empruntés aux différents degrés de l'échelle des êtres, M. Bordier montre que l'analogie est complète et il est ainsi amené à dire : « Nous avons assurément le droit de tirer de ces faits relatifs aux microbes les mêmes conséquences que s'il s'agissait d'êtres plus considérables. Nous avons le droit de conclure de la même façon que si nous assistions à des transformations proportionnellement égales dans la forme et le mode de reproduction d'êtres élevés; car si ces êtres ne semblent pas nous en offrir le spectacle, cela tient à ce que nous ne le voyons pas; cela tient à ce qu'ils se reproduisent trop lentement pour que nous ayons le temps d'assister à l'évolution des formes, dans la suite de leurs générations. Pour embrasser chez eux un si vaste tableau, il faudrait, comme dans ces contes de géants où le grossissement de l'observateur rapetisse l'observé dans les proportions de Lilliput, pouvoir nous éloigner assez pour que notre regard saisisse à la fois autant de générations d'animaux supérieurs que nous voyons de générations de microbes en quelques heures. »

M. Pasteur n'a peut-être pas songé que ses recherches fourniraient ainsi des arguments à l'appui de la doctrine de

Darwin, et il aurait sans doute plus d'une réserve à faire sans la thèse si ingénieuse et si savamment développée de M. Bordier. Le temps et l'espace nous font également défaut pour aborder ce point de vue critique; il nous suffit d'avoir appelé l'attention sur un ordre d'idées qui ne manque ni d'originalité ni d'intérêt.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

L'ORDRE DES MÉDECINS. — A la dernière assemblée de l'Union des syndicats, sur la proposition du docteur Lassalle, de Lormont (Gironde), on avait nommé une commission destinée à étudier de nouveau la possibilité de la création de l'Ordre des Médecins en France.

On avait surtout fait ressortir l'utilité qu'il y aurait à ce que le corps médical pût moraliser certains de ses membres, réprimer les excès du charlatanisme diplômé.

Cette commission a renvoyé à une époque ultérieure la question qui lui était soumise, à cause de l'absence forcée de l'auteur de la proposition, d'autant plus que M. Surmay, auteur d'un projet ancien et invité à la réunion, a écrit qu'il estimait que le moment n'était pas opportun, que les esprits n'étaient pas suffisamment préparés dans le corps médical et, qu'en outre, les Chambres, nécessairement appelées à intervenir, n'étaient pas animées de sentiments favorables à l'institution d'un ordre nouveau, à la collocation aux médecins d'une institution qui leur permettrait d'interdire à certains d'entre eux l'exercice de leur profession, même s'ils la déshonoraient.

Il appartiendra à l'Union des syndicats de décider si elle veut poursuivre plus tard la tentative et répondre au désir de M. le docteur Lassalle. *(Concours médical.)*

LES ANTIVIVISECTIONNISTES. — Dimanche dernier, la ligue antivivisectionniste avait organisé à Lyon une conférence hostile à M. Pasteur. Cette conférence a rencontré une vive opposition parmi les étudiants des Facultés de Lyon, qui ont adressé à M. Pasteur le télégramme suivant :

« Paris-Lyon, 22 avril, 5 h. 50 du soir.

« Les étudiants Lyonnais, heureux d'affirmer leur attachement à leur illustre et patriotique maître, injurié et insulté par la ligue antivivisectionniste, se sont réunis en assemblée et lui envoient l'expression de leur admiration et de leur respect.

« LES ETUDIANTS LYONNAIS. »

M. Pasteur a répondu par ce télégramme :

« M. Pasteur remercie cordialement de leur télégramme les étudiants de l'Université lyonnaise, et les félicite de juger à sa valeur le ridicule de la ligue antivivisectionniste.

« PASTEUR. »

SECOURS PUBLICS AUX NOYÉS, ASPHYXIÉS ET BLESSÉS. — Pendant l'année 1887, des secours ont été donnés à 1,268 personnes, savoir :

313 dans les pavillons de secours aux noyés établis sur la Seine et sur les canaux parisiens; 921 dans les différents postes de Paris; 34 dans les postes de la banlieue. Total : 1,268 personnes, dont 313 noyés :

Parmi ces 313 individus :

175 se sont jetés volontairement à l'eau; 141 sont tombés involontairement à l'eau, et sur ce nombre 50 ont dû leur submersion à l'ivresse.

298 personnes sont sorties saines et sauves des pavillons de secours, c'est-à-dire que sur les 313 submergés, 15 seulement n'ont pu être rappelés à la vie.

Parmi ces 15, 4 devaient être morts avant d'être apportés aux pavillons de secours.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Cette Association a tenu, dimanche dernier, à 2 h., sa cinquante-cinquième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel. La réunion a eu lieu, comme de coutume, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Après une allocution très applaudie du président, M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du dernier exercice, dont le tableau ci-dessous donne le résultat :

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1887

RECETTES	
Rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100	31.348 fr. »
Cotisations	17.902 »
Admissions	348 »
Dons et legs	17.881 95
Reliquat de l'année 1885	190 45
Total	67.670 fr. 40
DÉPENSES ET EMPLOI	
Secours à 3 sociétaires et à 55 veuves ou enfants de sociétaires	37.150 »
Secours à 22 personnes étrangères à l'Association	2.600 »
Recouvrement des cotisations	600 »
Frais d'impression	1.263 75
Caisse des pensions viagères.	
RECETTES.	
Fonds de secours. — Intérêt des sommes placées	392 fr. 70
Fonds de réserve. — Reliquat de l'année 1886	273 fr. 85
Don de M. Péan	130 »
Total	796 fr. 55
EMPLOI.	
Achat de rentes à 4 1/2 pour 100	718 fr. 15
BALANCE.	
Recettes	796 fr. 55
Emploi	718 15
Reste en caisse	78 fr. 40

A la fin de la séance, ont eu lieu les élections du bureau; ont été réélus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

INAUGURATION DE LA NOUVELLE FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le Président de la République doit se rendre à Bordeaux samedi prochain pour présider à l'inauguration de la nouvelle Faculté de médecine et d'un certain nombre d'autres établissements municipaux.

A cette occasion, la Faculté offrira, dimanche soir 29 avril, un grand banquet aux délégués des Facultés de Bordeaux, des Facultés de médecine françaises, des Sociétés savantes et aux représentants de la presse médicale et politique. Ce banquet, dit-on, sera présidé par le Ministre de l'instruction publique.

L'organisation du banquet du 29 août a été confiée à une commission composée de MM. les docteurs Coyne, Masse, Lefour et Maurice Denucé.

ASSASSINAT D'UN MÉDECIN. — Le docteur Rulié, sorti de l'armée et établi comme médecin civil à Tlemcen, depuis plus de vingt ans, vient d'être assassiné par son fermier qui, caché derrière un pan de mur, lui a tiré à bout portant un coup de fusil dans la région du cœur, et s'acharnant ensuite sur son cadavre, lui a déchargé six coups de revolver dans la tempe.

Notre regretté confrère laisse une veuve et trois petits orphelins dans la plus navrante détresse.

Ses amis, se faisant l'écho des sympathies de la population et de la reconnaissance publique, se sont spontanément rencontrés dans la généreuse pensée d'ouvrir une souscription en faveur de

sa malheureuse famille. Ils se sont, en conséquence, constitués en comité de souscription et poursuivent actuellement l'œuvre charitable dont ils ont pris l'initiative. (*Concours médical.*)

R. F. D.

NOUVELLES

— Par décret en date du 20 avril 1888, des missions temporaires pour l'inspection des Facultés de l'État et la surveillance des établissements libres d'enseignement supérieur peuvent être confiées à des membres du Comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur).

Cours d'accouchements. — MM. Boissard et Berthod commenceront un cours d'accouchements, avec exercices pratiques, le lundi 7 mai, à quatre heures et demi, rue du Pont-de-Lodi, no 5.

Le cours aura lieu tous les jours et sera complet en 40 leçons. Pour les renseignements, s'adresser : M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare ; M. Berthod, 17, place de la République.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 15 au samedi 21 avril 1888.

Fièvre typhoïde 10.—Variole 8.—Rongeole 14.— Scarlatine 5. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 35 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 223.— Autres tuberculoses 22. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 3. — Méningite 31. — Congestion et hémorr. cérébrales 66. — Paralysie 9.— Ramollissement cérébral 15.—Maladies organiques du cœur 76.— Bronchite aiguë 44. — Bronchite chronique 44. — Broncho-pneumonie 30.— Pneumonie 69. — Gastro-entérite : Sein 14. — Biberon 31. — Autres 2. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 30. — Sénilité 31. — Suicides 27. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 205. — Causes inconnues 12. — Total de la semaine : 1115 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Sur la création de laboratoires thermaux, par le docteur Pegrand, médecin consultant à Vichy.— Paris, O. Doin, 1888.

Les stations d'eaux minérales du centre de la France. — La caravane hydrologique de septembre 1887, par MM. docteur P. de Pietra Santa et A. Joltrain, président et secrétaire de l'excursion (Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lamy, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Néris, Châteauneuf, Châtel-Guyon, Royat, La Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire). — Paris, au bureau de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, et librairie Georges Carré, 1888.

Du traitement des maladies chroniques de l'organe utérin par les eaux et boues de Dax, par le docteur A. Larauza, médecin consultant aux thermes de Dax.—Bordeaux, G. Gounouilhon, 1888.

Histoire des progrès de la laryngologie, de ses origines jusqu'à nos jours, par Gordon Holmés, médecin de l'infirmerie municipale de Londres pour l'oreille et la gorge, traduit par le docteur Calmettes. —Bruxelles, A. Monceaux, libraire-éditeur, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechonart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16 et 17.

Deuxième Leçon

IV

Les spasmes rythmiques respiratoires, dont nous allons nous occuper maintenant, sont si variés que, pour mettre de l'ordre dans leur étude, il est indispensable de les classer méthodiquement. Je vous propose de les diviser en trois groupes comprenant :

1o Les *spasmes respiratoires simples*, dans lesquels les secousses convulsives surviennent exclusivement pendant l'inspiration ou pendant l'expiration ;

2o Les *spasmes respiratoires mixtes*, dans lesquels les mouvements physiologiques d'inspiration et d'expiration sont tous les deux modifiés par l'intervention des convulsions ;

3o Les *spasmes respiratoires compliqués*, dans lesquels les secousses convulsives intéressent à la fois les muscles de la respiration et cenx de la phonation.

Les *spasmes respiratoires simples* sont de beaucoup les plus fréquents. Ils doivent être subdivisés en deux variétés distinctes : *a*) les *spasmes expiratoires* qui déterminent des phénomènes plus ou moins analogues à la toux ou au renaclement; *b*) les *spasmes inspiratoires* qui donnent lieu à des phénomènes ressemblant au hoquet ou au reniflement. Il convient de décrire séparément chacune de ces variétés :

a). *Spasmes expiratoires simples : Toux et renaclement hystériques.*

Signalée en 1680 par Sydenham (1), la toux hystérique a été décrite de main de maître en 1854 par Lasègue (2). M. Charcot lui a consacré en 1886 une de ses leçons cliniques (3) et la plupart des auteurs classiques en font mention dans les chapitres consacrés à la séméiologie de la toux ou à la description de l'hystérie.

La toux hystérique présente en général des caractères très tranchés. Elle est constituée par la répétition monotone d'efforts expiratoires plus ou moins bruyants, à timbre rauque

(1) Sydenham : Lettre sur l'affection hystérique; *in* : Œuvres de médecine pratique. Trad. par Jault. Montpellier, 1816, t. II, p. 70.

(2) Lasègue : *De la Toux hystérique.* ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1854, et Etudes médicales du professeur Lasègue. Paris, 1884, t. II, p. 1.

(3) Charcot : *Hystérie et Tics; diagnostic* (SEMAINE MÉDICALE, 1886, p. 363).

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite et fin. — Voir les numéros 16 et 17.

III

Le décret du 24 juin 1886, qui a établi la possibilité de ces choses et aboli le concours pour l'avancement, fait déjà sa tache d'ombre chez nos frères de la Marine.

Les aides-médecins supprimés passent peu à peu médecins de 2e classe en disant, comme il sied, les cinq examens de Doctorat, puis plus d'avenir.

On a fermé, devant les capacités qui sont grandes, les portes naguère ouvertes des grades et de l'enseignement. Les Docteurs « tout faits » des Facultés, dont on attendait beaucoup, ne se décident que difficilement à étudier le mal de mer sur eux-mêmes.

Pour tant que glorieuse par sa double lutte contre l'ennemi et les éléments, la carrière est dure (1).

On ne se recrute plus.

C'est que le Concours pour le grade et le Professorat de durée, qui étaient l'éternel honneur et le piédestal sur lequel s'étaient élevés si haut tant de maîtres, les épreuves publiques, à tous ouvertes, avec classement public donnant droit public à l'avancement — tous ces anoblissements d'intelligence, ces fiefs de science que nous enviions si jalousement à nos camarades de l'Armée de mer, n'existent plus.

Dès lors, les vaillants qui prévoient des bas concours d'antichambre et des classements « de famille », les tempéraments de travail qui travailleraient dans le vide se récusent et se refusent.

Il n'est que temps d'y remédier.

Déjà, en 1864, à Toulon, Roux, l'un des Maîtres parmi les meil-

(1) On sait que, dans la Marine, ce sont les médecins qui « embarquent et naviguent le plus ».

Quant à leurs pertes devant « l'Ennemi-Épidémie », des monuments à Cayenne, Dakar, Saint-Louis, les disent glorieusement.

on éclatant. Dans quelques cas, elle se produit à toutes les expirations; dans d'antres, elle n'a lieu que toutes les trois ou quatre expirations. Elle est permanente ou survient par accès de plusieurs heures de durée. Elle ne s'accompagne pas d'expectoration et ne coïncide avec aucune altération appréciable du parenchyme pulmonaire. Elle n'est pas quinteuse et ne détermine pas l'angoisse respiratoire, la suffocation, les menaces d'asphyxie qui s'observent si fréquemment dans la coqueluche.

Elle est habituellement d'une désespérante ténacité; aucun médicament connu ne la modifie. En revanche, elle cesse toujours pendant la nuit et, dans un bon nombre de cas, elle est suspendue par des circonstances extérieures qui n'ont aucune influence sur la toux déterminée par des lésions organiques de l'appareil respiratoire. C'est ainsi qu'elle s'arrête quelquefois quand les malades lisent à haute voix, ou bien quand ils fixent leur attention sur quelque chose, ou bien encore quand ils s'étendent horizontalement sur un lit ou sur une chaise longue.

Elle peut guérir tout à coup, sans cause connue ou à la suite d'émotions morales vives, même après avoir résisté longtemps aux interventions thérapeutiques les plus énergiques. Elle récidive facilement.

D'ordinaire, elle survient chez des adolescents de l'un ou l'autre sexe; elle est cependant plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Il est fort rare qu'elle fasse sa première apparition chez des sujets âgés de plus de vingt-cinq ans.

Elle peut coexister avec de grandes attaques convulsives ou survenir brusquement après des attaques de ce genre, mais en général, ainsi que le fait observer M. Charcot, les adolescents qui sont atteints de toux hystérique n'ont pas d'attaques; il peut même arriver qu'une toux ancienne disparaisse subitement après l'explosion d'une attaque.

Vous pourrez constater la plupart de ces caractères chez la jeune personne que je vous présente :

Marie F..., âgée de 15 ans, est la fille d'une mère franchement hystérique et d'un père doué d'une sensibilité féminine. Son enfance a été maladive; cependant, depuis quelques années, elle est devenue grande, forte, vigoureuse, si bien qu'aujourd'hui on la croirait plutôt âgée de 18 ans que de 15. Elle est réglée depuis deux ans. L'an dernier, elle a souffert de maux d'estomac pour lesquels on lui a conseillé un traitement hydrothérapique qui a très bien réussi.

Il y a deux mois, elle eut un gros chagrin : elle apprit qu'un jeune homme sur lequel elle croyait pouvoir compter allait épouser une de ses amies. Dès le lendemain, elle commença à tousser, comme elle le fait encore aujourd'hui. Les jours suivants, elle eut des attaques convulsives qu'on pouvait arrêter par la compression énergique de la région épigastrique, puis des accès de rire durant une ou deux heures consécutives.

Contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, la toux persista malgré l'apparition des attaques.

Cette toux est remarquable par la régularité et la nature de son rythme. Elle se compose de trois efforts expiratoires bruyants se succédant coup sur coup et suivis d'une longue pause inspiratoire; jamais il n'y a ni plus ni moins de trois efforts expiratoires successifs, et toujours ces trois efforts précèdent un temps de repos assez long correspondant à l'inspiration.

Cette toux cesse complètement pendant la nuit; elle recommence invariablement de un quart d'heure à une heure après le lever et persiste toute la journée. La pression de l'épigastre, des régions ovariennes, de la colonne vertébrale, ne la modifie pas. Mais elle s'arrête si on oblige la malade à respirer la bouche largement ouverte, ou bien encore si, la bouche étant ouverte ou fermée, on exerce une compression légère sur la base de la langue avec le manche d'une cuillère.

Il n'y a pas d'expectoration, et l'exploration physique de la poitrine ne révèle rien d'anormal dans l'appareil cardio-pulmonaire.

Il peut être quelquefois malaisé de faire le diagnostic de la toux hystérique; mais, dans le cas actuel, tout concourt à l'imposer. Alors même que les circonstances dans lesquelles s'est développée la toux et les symptômes coexistant avec elles ne suffiraient pas pour en faire reconnaître la nature, son rythme monotone et régulier, sa disparition complète pendant la nuit, ses arrêts provoqués par l'ouverture de la bouche ou la compression de la base de la langue, devraient faire rejeter l'hypothèse d'un accident tenant à une lésion organique de l'appareil respiratoire. Vous pouvez être assurés que notre petite malade guérira (1) complètement un jour ou l'autre et qu'il ne restera aucune trace des symptômes actuels, car il est certain que ces symptômes sont d'origine hystérique.

(1) Après avoir persisté pendant cinq mois sans qu'aucun traitement ait réussi à la modifier, la toux, qui incommodait la malade et effrayait sa famille, a disparu en quelques jours. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

---

leurs de la Médecine navale, avait dit devant nous, humble aide-major au 28e de ligne : « Je n'abolirai jamais le Concours, c'est la sauvegarde de notre mérite privé et de notre considération publique. »

Ces paroles valent de sortir d'oubli. Et c'est au moment où le Concours est exigé pour toutes les charges d'âmes, même pour les médecins des Bureaux de Bienfaisance, qu'on s'avise d'exiger plus de science et de travail pour l'indigent que pour le soldat et le marin, ces deux Porte-drapeaux de France.

Sans doute, par la mort du Concours, on ne tue pas les intelligences.

Mais on blesse grièvement le Travail, et avec lui l'émulation de se démontrer supérieur aux autres dans un corps à corps public.

Chacun ici-bas se croit marqué pour ces victoires éclatantes. Réalité chez quelques-uns, griserie chez davantage, ce n'en est pas moins le levier de tous.

***

Et il ne faut en rien décourager les efforts.

Ce sont des forces motrices : il semblerait qu'un Etat bien ordonné doit en être « accumulateur », loin d'en répudier la détente.

Les Sociétés de gymnastique, de tir, d'instruction militaire qui, sur tant de points du territoire, appellent à la préparation de guerre de bénévoles armées de soldats de demain, les façonnant au développement dynamique et à l'hygiène morale de la Discipline, ce sont des forces à « l'état naissant ».

Aussi les 3 *Sociétés de secours* auxquelles on marque un intérêt trop discret et comme un éloignement cérémonieux.

En Allemagne, ces sympathiques volontaires — et ils ne s'y épargnent point — peuvent être appelés en première ligne à l'avancée, même aux ambulances. Chez nous, par des temps de vide budgétaire on pourrait peut-être utiliser leurs grands moyens sous autre forme que celle de bons de tabac ou « de paquets de cigares ».

Il faut que, dans l'Armée et le Corps de santé, on s'habitue à ne plus voir dans ces servants respectueux des compétiteurs qu'on redoute et comme une menace dans l'air de je ne sais quel « remplacement ».

Ces aides ne veulent rien supplanter ni renverser, mais mettre une main de plus en sous-ordre au Grand-œuvre de la Défense nationale, pour laquelle rien de trop ne sera jamais fait.

Le *renaclement* est une variété de la toux; aussi le renaclement hystérique présente-t-il les mêmes caractères cliniques que la toux hystérique. En voici un exemple très démonstratif :

Alice L..., âgée de 22 ans, est atteinte depuis sept mois d'un spasme rythmique expiratoire qui l'oblige à faire régulièrement toutes les trois ou quatre secondes un effort de renaclement accompagné d'un bruit rauque, sourd, guttural, analogue à celui qui se produit quand on cherche à expulser volontairement des mucosités pharyngiennes. Ce renaclement cesse complètement pendant le sommeil. Il s'arrête quelquefois, mais non pas toujours, quand la malade s'étend horizontalement sur un lit pendant toute la journée. Il cesse également pendant le chant et la récitation à haute voix, ou plutôt il ne se produit plus, dans ces conditions, qu'à la fin des phrases, quand la malade veut reprendre haleine. Il s'exagère habituellement pendant les heures qui suivent les repas.

Alice L... n'a jamais eu d'attaques convulsives, mais elle présente quelques stigmates hystériques : elle est hémi-hypoesthésique gauche et a un rétrécissement concentrique notable (1/2 environ) des deux champs visuels. Les muqueuses pharyngienne et laryngienne sont tout à fait normales : elles ne sont ni rouges, ni granuleuses, ni épaissies.

Les antécédents héréditaires ne sont pas mauvais: sa mère jouit d'une excellente santé; son père est un homme doux, anxieux, se préoccupant outre mesure de sa propre santé et de celle de ses enfants.

Il est à noter qu'il a eu jadis des granulations pharyngiennes provoquées par l'abus du tabac, et que, par suite de cette affection, il a été tourmenté longtemps par un renaclement ayant à peu près le même timbre dont est atteint sa fille.

Celle-ci a joui pendant son enfance d'une assez bonne santé. Depuis l'âge de 10 ans, elle est sujette à de fortes migraines et à des névralgies erratiques. Les accidents actuels ont débuté il y a neuf mois.

En sortant d'une maison où elle avait passé la soirée, Alice L... fut saisie par le froid. Elle commença alors à avoir des quintes de toux violentes qui se reproduisirent plusieurs fois chaque jour pendant deux mois consécutifs. Puis, sans cause connue, la toux disparut et fut remplacée par le renaclement persistant que nous venons de constater, car, depuis son début, aucun traitement n'a pu le modifier.

Dans ce cas, comme dans le précédent, le diagnostic s'impose non seulement parce que l'examen de la malade révèle l'existence de stigmates sensitivo-sensoriels non douteux (hemi-hypoesthésie et rétrécissement concentrique des champs visuels), mais aussi parce que le renaclement présente des caractères pour ainsi dire spécifiques; il se produit avec une cadence uniforme et invariable dans la position verticale; il s'arrête dans le décubitus horizontal; il cesse pendant le chant ou la lecture à haute voix; il disparaît totalement durant le sommeil. Ces particularités suffiraient à elles seules pour établir la nature de l'accident qui nous occupe; elles permettent d'affirmer que cet accident ne tient pas à une affection organique du larynx ou du pharynx, qu'il est d'origine purement névropathique et qu'il guérira sans laisser de traces (1).

(A suivre.)

(1) La malade a quitté Bordeaux quinze jours après que cette leçon a été faite, sans que son état se soit amélioré. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis son départ.

REVUE GÉNÉRALE

NATURE PARASITAIRE DE L'ANTHRACO-FURONCULOSE; SON TRAITEMENT, par M. PIERRE SEBILEAU, aide d'anatomie à la Faculté, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 16 et 17.

C. *L'incision.* — C'est la question de l'utilité ou de l'inutilité de l'incision qui a si souvent et pendant si longtemps défrayé les discussions chirurgicales. Aujourd'hui, en ce qui concerne le furoncle, le problème est résolu : il n'y faut pas porter le bistouri, et cela par la raison bien simple que cela ne sert à rien; que, sous le pansement, les douleurs sont peu considérables; qu'il existe à peine quelques gouttes de pus, s'il en existe; qu'elles s'évacuent facilement en perforant l'épiderme macéré dans le liquide antiseptique; que souvent le mal se termine par une résolution; que, quelle qu'en soit l'évolution, l'incision n'abrège pas d'un jour la durée de la maladie et que l'opération est, en toutes circonstances, extrêmement douloureuse.

Ces considérations conservent-elles leur valeur quand il s'agit d'un furoncle de la face? Ici, la question se complique. D'abord il est souvent difficile, quelquefois impossible, d'appli-

***

Union donc! Bien trop de désunion a été faite et par l'APTITUDE détestable qui ne laisse debout qu'un Concours « d'agréabilité » et oblige pour ainsi dire à « se ruer vers la servitude » et par d'autres mesures qui ont paru au Val-de-Grâce d'une certaine gaucherie.

La responsabilité de son enseignement, qu'on lui laisse toute entière, mais en introduisant quelques externes (parfois en majorité) dans le jury de concours.

Deux décorations données sous sa coupole, toujours à des « externes », alors que maint professeur avait tout autant de campagnes d'Afrique et tout autant senti la poudre (fût-ce la poudre-coton) que les honorables récipiendaires.

Enfin des agrégés de valeur délaissés avec désinvolture dans les oubliettes dommageables de l'Ancienneté.

Tout cela est ressenti — peut-être un peu nerveusement — comme des tentatives d'abaissement méthodique.

Sans doute il serait puéril de croire qu'on peut amoindrir on relever par décret; il est facile de dorer, ruolzer, décorer, ornementer une poitrine, cette façade d'un homme.

Et telle République de l'Amérique du Sud s'y entend bien mieux que nous.

Mais le savoir, la notoriété et la considération scientifiques échapperont à toujours aux décrets, entérinements, brevets et chancelleries.

***

Il importe cependant d'apaiser ces dissidences de détail. Assez de questions vitales sollicitent l'attention, et en premier lieu l'insuffisance des cadres.

Il nous a paru documentaire d'étudier numériquement le Corps de santé (existants et non effectif) en 1830, 1840, 1850 et 1888, par rapport aux régiments d'infanterie qui sont le gros de l'Armée (les autres armes demeurant dans une proportionnalité sensiblement constante).

En 1830	il y avait	1025	méd. milit. pour	97	régts d'inf.,	soit p. régt	10.6
1840	«	1177	»	88	»		13
1850	»	1128	»	100	»		11.2
1888	»	1205	»	172	»		7.

Et, en tenant compte de l'augmentation de 20 bataillons de chas-

quer sur cette région les pansements dont nous avons parlé. Beaucoup de malades ne consentent pas à porter sur la figure, pour un mal qui leur paraît insignifiant, un appareil disgracieux et gênant. Presque tous les furoncles de la face évoluent à l'air libre, on le sait. Ensuite, le chirurgien a toujours, en présence des furoncles de cette région, la crainte des complications qu'on y a signalées depuis longtemps.

Quelle est donc la conduite qu'imposent ces conditions nouvelles?

Evidemment, puisqu'il y a danger, la vraie conduite chirurgicale devrait être celle-ci: inciser délibérément tout furoncle de la face et en rendre la cavité bien détergée et lavée, absolument aseptique. Pour notre part, c'est peut être la conduite que nous adopterions si un jour le hasard, en nous rendant témoin des accidents qui peuvent survenir, nous rendait plus circonspect. Mais nous pensons, jusqu'à plus ample informé, qu'il règne dans l'esprit des chirurgiens une crainte exagérée. Que le danger existe, cela n'est pas douteux; trop de faits en montrent la réalité. Mais il nous semble que ces faits sont, aujourd'hui du moins, bien rares.

Cela est sans doute dû à ce que l'antisepsie a pénétré un peu partout de notre temps et que, si, d'une façon générale, on ne s'occupe guère de la faire bien, il faut au moins reconnaître que chacun en fait un peu. Et c'est ainsi que, grâce à quelques compresses phéniquées appliquées sans précaution sur le furoncle, grâce à des cataplasmes faits à l'eau boriquée, à l'eau phéniquée, à la solution de sublimé, on prévient les accidents. Ce danger inhérent aux furoncles de la face, il faut surtout, selon nous, l'attribuer à ce que ceux-ci sont ou étaient trop souvent laissés à l'air, et qu'ils deviennent ainsi ou devenaient un foyer de septicémie locale capable de s'étendre. Car enfin il ne nous paraît pas qu'il doive régner entre la furonculose et la veine faciale ou ses branches les mystérieux rapports dont on a tant parlé. Il est des veines sous-cutanées aussi superficielles au moins que la faciale; des clous se sont développés sur leur trajet, et on n'y a guère signalé de phlébite consécutive. Pourquoi? C'est qu'on traite les uns et qu'on abandonne souvent les autres à eux-mêmes. Et si encore tous ceux qui, situés sur le visage, déterminent des accidents, étaient en rapport constant avec la veine elle-même ou une de ses branches importantes! Mais il n'en est rien. Le professeur Trélat, dans son excellent article du *Dictionnaire encyclopédique*, fait très justement la part de ce qui revient, dans ces complications, à l'infection purulente et à la phlébite. Pour nous, ce n'est pas le voisinage de la veine qui fait le danger des furoncles de la face, c'est leur septicité; on, si l'on veut, le voisinage de la veine n'est dangereux pour eux qu'à cause de leur septicité rendue facile par leur siège et la difficulté d'y appliquer et d'y maintenir des pansements.

Ici donc, voici la méthode que nous croyons bonne:

Essayer le traitement abortif par un des moyens que nous avons indiqués, dût-il être répété plusieurs fois.

Si, malgré cela, le furoncle se développe, appliquer sur lui, ce qui est toujours possible, un pansement humide au sublimé, qu'on pourra renouveler deux ou trois fois par jour, en dirigeant, si l'on veut à chaque séance, sur la région malade, un jet de vapeurs phéniquées, et attendre.

Nous sommes convaincus que, de la sorte, le mal non seulement perdra toute nocivité, mais même pourra ne pas terminer son évolution normale.

Que si cependant le moindre accident survenait, que des frissons apparussent, que la région se gonflât et devînt très douloureuse, il ne faudrait plus hésiter: on devrait délibérément inciser le furoncle et en cautériser la profondeur au thermocautère, ou mieux encore l'inciser au bistouri, le gratter avec la curette de Récamier comme un petit abcès tuberculeux, en badigeonner toute la surface avec la solution de chlorure de zinc et en combler la cavité d'iodoforme, après avoir, si elle paraissait malade, excisé la veine, et faire ensuite un pansement humide au sublimé.

Toutes les autres méthodes nous paraissent devoir céder le pas à celle-ci, qui est plus sûre qu'aucune autre, et ne laisse qu'une petite cicatrice, puisqu'elle ne mortifie pas de tissus.

TRAITEMENT DE L'ANTHRAX. — Quand le traitement abortif n'a pas été employé ou n'a pas réussi, ici, comme pour le furoncle, plusieurs lois s'imposent: 1° Ne pas mettre de cataplasmes; 2° maintenir un pansement antiseptique à la surface de la tumeur; 3° n'en comprimer la base, à quelque moment que ce soit, pour en expulser le bourbillon.

Assurément, cela suffirait pour guérir bien des anthrax, et les guérir dans de bonnes conditions. Mais ici, bien plus encore que pour les furoncles, à l'égard desquels l'accord est presque fait, s'agite la question de l'incision, de ses avantages

---

seurs (il y en avait 10 en 1850), de 5 régiments de cavalerie, 20 d'artillerie, 1 du génie, le chiffre de 7 *médecins* s'abaisse à 5 environ, soit la moitié des moyennes antérieures.

On voit combien il importe de se recruter largement. Ce recrutement sera facilité non pas uniquement par une École de santé, mais par la certitude que l'équité préside à la dispensation des grades, que l'Avancement va aux mieux dignes encore, et surtout par d'intelligentes réformes.

***

La suppression toute récente (6 avril 1888) des *Pharmaciens auxiliaires* (1) est une mesure de cet ordre. Il y en avait trop, et l'offre dépassait les besoins.

Déjà depuis longtemps, les officiers-pharmaciens du cadre actif, quelque peu copieux pour la besogne, en sont réduits à adapter leur talent laboratoire et descriptif à l'analyse de toutes les eaux courantes et de quelques autres.

Nous avons compté jusqu'à 24 de ces analyses en un petit nombre de volumes du *Recueil* (dit plus irrévérencieusement *Cercueil*) *de Médecine militaire*.

Mais, outre que les bacilles qui constituent le danger majeur des eaux d'alimentation sont plus affaire de microscope que d'analyse et que tous ces dosages demeurent de mécanisme un peu uniforme, ce fut quelquefois difficultueux en Afrique et même en France de « capter » des échantillons — purs.

Il court d'amusantes anecdotes sur des cavaliers envoyés à la recette par des officiers de pharmacie et qui s'amusèrent à « adultérer » les échantillons de façon indicible — par farce.

Cela n'empêcha, dit-on, aucune de ces publications, dont quelques-unes paraissent fort méritoires en longueur.

(1) Un nouveau *Règlement relatif aux médecins auxiliaires* (officiers de santé et étudiants en médecine à 12 inscriptions) vient de paraître au BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA GUERRE. Il rallonge quelque peu le Programme comme nous le demandions, mais on y lit: « L'examen aura lieu chaque année le *20 août*. »

Et plus bas: « Afin de préparer le candidat, les Commandants de Corps d'armée feront faire chaque année au mois de *novembre* des leçons sur les matières du programme. »

Autrefois, l'examen ayant lieu en décembre, on concevait l'objectivité des leçons de novembre qui « tombaient » à point, mais pour le 20 août ce piochage posthume, cette préparation pour ainsi dire rétroactive et « après la bataille » surprennent.

et de ses indications, puisqu'il y a longtemps que l'excision (qui sait? peut-être à tort) est complètement tombée dans l'oubli, quand il semble cependant qu'elle aurait de notre temps toutes les chances de guérir d'une façon sûre et rapide, grâce à l'antisepsie.

Les règles très précises posées par le professeur Trélat dans le *Dictionnaire encyclopédique*, guidaient depuis longtemps, ou tout au moins représentaient et semblaient devoir représenter longtemps encore la conduite des chirurgiens, quand notre maître, le professeur Verneuil, est venu apporter à la tribune de l'Académie les résultats d'une méthode qu'il pratique depuis plusieurs années et qui lui a donné de merveilleux succès. Ce sont des pulvérisations phéniquées, dont il étend, du reste, l'usage, comme chacun sait, à plusieurs autres traitements chirurgicaux.

« Les anthrax petits, écrit le professeur Trélat, survenant chez des individus bien portants et se couvrant rapidement à leur sommet d'ouvertures cratériformes, n'ont pas besoin d'être incisés. Les anthrax d'un volume moyen, occasionnant une douleur tensive et brûlante intense, peuvent être traités par les incisions sous-cutanées d'A. Guérin. Dès que l'anthrax a de la tendance à la propagation centrifuge, ou s'il acquiert promptement un grand volume, mais surtout dans le premier cas, il faut l'inciser largement et profondément, à ciel ouvert, débarrasser la plaie de tout ce qui peut être enlevé, et, dans les cas simples, toucher toutes les surfaces incisées avec la teinture d'iode ou le perchlorure de fer. Dans les cas graves, cautérisation énergique avec le fer rouge, ou mieux encore avec la pâte au chlorure de zinc, dont l'action est moins rapide mais plus profonde. »

C'étaient aussi les idées de M. Verneuil, mais il les a abandonnées : « Les pulvérisations phéniquées, dit-il, sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes et les périodes du mal »; et dans le débat qui s'élève à ce sujet, il déclare que, grâce à ce traitement, il n'a pas encore vu d'anthrax dont la malignité, la tendance à l'extension, ou les accidents lui aient forcé la main et l'aient obligé à pratiquer l'incision. Le professeur Le Fort et M. Marc Sée la défendent au contraire, si bien que la discussion s'engage sur un terrain où elle ne peut pas encore se terminer, pour la raison simple que ceux-là qui sont partisans de l'incision sont précisément ceux qui n'ont pas essayé la pulvérisation et qui, par conséquent, se trouvent dans les conditions où le professeur Verneuil la pratiquait antérieurement.

Quels sont donc les avantages de ces vapeurs phéniquées? Elles sont, à coup sûr, un puissant moyen. Il est certain qu'elles désinfectent le foyer microbien et qu'elles font, par conséquent, disparaître les accidents généraux; qu'elles diminuent la tension et l'inflammation; qu'elles forcent l'anthrax à évoluer rapidement et à l'abri de tout danger pour le malade, et surtout qu'elles calment la douleur avec une rapidité quelquefois surprenante. C'est là, du reste, un fait général. Il y a quelques temps à peine, nous les avons vues soulager presque instantanément une malade qui souffrait beaucoup de gros bourrelets hémorrhoïdaux étranglés. Ce seul avantage recommanderait leur emploi, car il est des anthrax horriblement douloureux.

Nous pensons donc qu'il n'y a pas à hésiter et qu'il faut utiliser l'heureuse action des pulvérisations sur l'anthrax; entre chaque séance, un pansement humide et bien fermé, fait avec de l'ouate imbibée de sublimé, sera appliqué sur le mal. Ainsi, la durée de celui-ci sera diminuée, sa bénignité presque assurée au chirurgien, et la douleur d'une incision épargnée au malade. Ce n'est pas que cette incision nous paraisse dangereuse; hors les hémorrhagies qui en sont quelquefois la conséquence, la septicémie, la pyohémie et l'érysipèle, sont des accidents dont on n'a plus rien à craindre, pourvu qu'on le veuille, et qui ne doivent plus entrer aujourd'hui en ligne de compte quand on pèse le pour et le contre d'une intervention. Mais cette incision est inutile; voilà pourquoi nous pensons qu'il vaut mieux ne pas la faire.

Malheureusement, l'emploi des pulvérisations phéniquées a quelques inconvénients : comme on ne peut pas limiter à son gré la surface du jet de vapeurs, il faut, sous peine d'inonder le malade, le protéger, lui d'abord, son lit et ses vêtements ensuite, contre la condensation de ces vapeurs. Cela est souvent difficile et incommode, dans certaines régions surtout; d'un autre côté, la position qu'il doit prendre est quelquefois pénible, car il doit s'y maintenir pendant un certain temps. Enfin, l'odeur et le goût de l'acide phénique sont d'habitude très désagréables pour le patient, quand il faut pulvériser la région cervicale ou faciale.

Evidemment, l'intérêt de la guérison prime tout; aussi considérons-nous toutes ces objections comme d'une valeur

---

Et certains de ces analystes opiniâtres et « ayant quelque temps à eux » ont, à la suite du drapeau, promené leurs pipettes sur tous les *hammam*, les *aïn*, les *oued*, étangs, piscines, puits, réservoirs, sources et « griffons ».

« Que d'eaux! »

***

La publicité des *Tableaux de la Légion d'honneur* est bien plus méritoire progrès encore.

Autrefois, cela se passe-passait dans l'ombre — le CHOIX, ce qui est le bon plaisir de ce temps-ci.

On pouvait substituer dans l'*honneur* le vingtième du Tableau au premier inscrit. C'était escamotage reçu et jeux de roi des Bureaux.

Rien, mieux que ce progrès d'évidence si tard venu — car on s'étonnera que les mots *grand* jour et *honneur* aient mis du temps à tomber d'accord — ne prouve la pesante lenteur et le tardigrade bon vouloir de ce que nous appellerons les *Bureautocrates*.

Que si vous vous étonniez doucement de ce retard, ils répondaient en s'arrondissant sur le rond : « Ça c'est toujours fait. » « C'est l'humaine nature ».

Et, en finale : « Vous n'empêcherez jamais cela. »

La plupart feignent une terreur de « courir des aventures » effroyables en perfectionnant.

Leur mot d'ordre est : « Pas d'acoups. »

Ce « Pas d'acoups » semble le pendant du « Pas d'histoires » de certain Directeur de santé de Corps d'armée — du 23e si l'on veut.

Tous ces fonctionnaires préfèrent les fonctions de tout repos, l'injuste à un dérangement et peut-être le méfait de détail à une secousse quelconque.

Leur idéal est l'immobilité dans la solde et des besognes qui vont toutes seules sous eux.

Où irions-nous si l'on allait « perturber » un mécanisme régulier, qui se prête d'ailleurs à quelques irrégularités bénéficiaires.

La publicité des Tableaux de la Légion d'honneur va évidemment « perturber ».

C'est l'éclairage de ces quelques couloirs sombres du Ministère de la Guerre, où se faisaient sans bruit et dans la nuit des manœuvres qui avaient besoin d'obscurité.

Dr A. CHASSAGNE.

secondaire quand il s'agit d'un anthrax; mais peut-être, quand il s'agit de simples furoncles, les ennuis du traitement sont-ils supérieurs à la gravité du mal, qui guérit, du reste, si bien et si vite par la méthode dont nous avons parlé.

Le traitement du professeur Verneuil a un autre inconvénient. Dans les hôpitaux et les grandes villes, il est facile à employer : on a sous la main, pour ainsi dire, tout ce qui est nécessaire. Mais comment l'entreprendre dans les petites villes, dans les campagnes surtout, dans celles en particulier, et elles sont nombreuses, où médecins et malades sont éloignés des grands centres?

C'est alors qu'on devra se contenter, ne pouvant faire ce qu'il y a de mieux, d'employer le pansement au sublimé, pansement humide, permanent et chaud, dont on pourra interrompre l'action, une ou deux fois par jour, quand la région le permettra, par des bains locaux antiseptiques portés à une température assez élevée, excellente méthode chirurgicale, prônée par le professeur Verneuil et si propre à lutter contre toute les affections à caractère phlegmoneux.

Il se place enfin ici une dernière question :

Les pulvérisations phéniquées doivent-elles devenir le traitement unique, exclusif de l'anthrax, et peut-on penser que leur usage rendra toujours et partout l'incision inutile?

Le professeur Trélat pense que non. M. Verneuil n'en sait rien. Comme il le dit fort bien, « peut-être un jour aurai-je la main forcée par la gravité du mal, mais je ne l'ai pas encore eue, et j'ai cependant observé des anthrax graves ».

Si donc il fallait agir activement, il n'y aurait qu'un moyen : l'incision large, cruciale, pratiquée soit à l'aide du thermocautère, soit à l'aide du bistouri. Toute autre méthode, en pareil cas, c'est-à-dire en cas grave, serait insuffisante.

Les petits débridements, la circoncision superficielle, l'incision sous-cutanée, tout cela est trop peu, et, en présence d'un anthrax envahissant et large, ou bien d'un anthrax accompagné d'accidents de phlébite suppurée et de septicémie, absolument inefficace. Pour la même raison, nous proscrivons la méthode de quelques chirurgiens de Bordeaux, qui emploient la cautérisation profonde aux flèches de Canquoin, méthode douloureuse et lente qui a tous les inconvénients du fer rouge, mais n'en a pas les avantages.

Que faut-il donc faire?

Ici où, quoi qu'il arrive, il y aura sphacèle des téguments et, par conséquent, perte de substance, le thermocautère est absolument indiqué : avec lui, les vaisseaux ne sont pas ouverts, la plaie ne saigne pas; on cautérise et on stérilise le foyer, autour duquel on peut pratiquer profondément des pointes de feu qui limitent l'extension du mal, et détruisent dans la périphérie les organismes inférieurs. Tout cela est excellent.

Excellent aussi, croyons-nous, le traitement rapporté de Russie par le professeur Le Fort et employé par lui avec succès dans quelques cas, c'est-à-dire l'incision suivie d'un curage complet et parfait de la cavité, et après lequel, à notre avis, il est nécessaire de combler celle-ci de substances antiseptiques. C'est là un procédé tout à fait chirurgical, très de mode aujourd'hui dans beaucoup d'interventions, mais qui ouvre beaucoup de vaisseaux et fait, par conséquent, des plaies très absorbantes et nécessite après elle l'emploi de pansements très soignés.

Cette méthode, si elle vaut l'autre, ce qui est possible, mais ce qui n'est pas certain, puisqu'elle a été, croyons-nous, jusqu'à ce jour, peu employée en France, a sur elle l'avantage de ne pas allonger, par le temps nécessaire à la chûte des eschares, la durée de la guérison de la plaie, qui entre de suite en voie de cicatrisation.

Nous le répétons, toute la question, aujourd'hui, roule autour de ce point : tous les anthrax qui guériraient sûrement par l'intervention active du chirurgien, peuvent-ils ou ne peuvent-ils pas, sans exception, guérir par la méthode, évidemment simple, du professeur Verneuil?

C'est ce que l'avenir apprendra.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Sur la Saccharine.

Son action sur l'organisme animal. — Ses applications thérapeutiques.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. Sur la saccharine, par le professeur Leyden (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1886, n° 26, p. 291). — V. Contribution a la pathologie et a la diététique du diabète sucré, par le docteur Pollatschek (*Allgem. Wiener medic. Zeitung*, 1887, n° 5). — VI. Sur la saccharine, par le docteur Stadelmann (*Ibidem*, 1887, n° 17). — VII. La saccharine dans le diabète sucré, par le professeur E. Kohlschütter, et M. Elsasser (*Deut. Archiv für Klin. Medicin*, t. XLI, fasc. 1 et 2, p. 178, 1887).—VIII. Sur saccharine, par le docteur Abeles (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1887, n° 24, p. 790). — IX. La saccharine comme succédané du sucre, par J. Hedley (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, n° 3, p. 144). — X. Sur les préparations de saccharine chez les diabétiques, par M. Fischer (*Pharmac. Zeitung* et *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1887, n° 39, p. 863).

Je passe aux applications thérapeutiques qu'on a tenté jusqu'ici de faire avec la saccharine et qui se réduisent, à peu de choses près, à l'utilisation de cette substance édulcorante pour le traitement diététique du diabète.

MM. Adduco et Mosso, cités à l'instant, ont mentionné, entre autres états pathologiques pour le traitement desquels on pourra recourir avec avantage à l'emploi de la saccharine : le diabète, la polysarcie, les troubles intestinaux justiciables de l'antisepsie intestinale, les affections de la vessie.

IV. M. Leyden, dans une communication à la Société de médecine interne de Berlin, a fait part des bons résultats qu'il avait obtenus chez des diabétiques en traitement dans son service, et qu'il a soumis à l'usage d'un pain fabriqué avec de la pâte d'amandes et de la saccharine. Ce pain a été trouvé d'un goût très agréable, et il a pu être ingéré par les diabétiques en assez fortes quantités, sans que la glycosurie s'aggravât. Mêmes bons résultats avec la saccharine employée pour édulcorer le thé.

A la suite de la communication de M. Leyden, M. Gerhardt a cité des faits qui corroboraient les assertions de M. Leyden. Trois diabétiques, traités par M. Gerhardt, ont fait usage de la saccharine pendant de longues périodes de temps, sans en être incommodés, et le goût de cet édulcorant leur procurait une grande satisfaction.

V. M. Pollatschek, médecin à Carlsbad, a pu vérifier dans un certain nombre de cas de diabète l'exactitude de ce que Leyden et Gerhardt ont avancé au sujet de l'emploi de la saccharine comme édulcorant, chez des diabétiques.

VI. Le travail de M. Stadelmann est un exposé succinct des résultats obtenus dans le service du professeur Erb, avec la saccharine administrée dans un but expérimental et thérapeutique. Ces résultats portent que l'ingestion de la saccharine, même à doses relativement très fortes, peut être continuée pendant fort longtemps chez l'homme, sans entraîner des inconvénients appréciables. Quelques-uns des sujets qui ont fait l'objet de ces expériences se sont plaints accidentellement d'une sensation de pesanteur à l'épigastre, de nausées; l'auteur est d'avis que ces manifestations n'étaient pas imputables à l'usage de la saccharine. L'emploi de cette substance comme édulcorant, chez les diabétiques, a été sans influence fâcheuse sur la glycosurie. Mais, en raison de la faible solubilité de la saccharine dans l'eau, il y a tout avantage à la prescrire en dissolution dans un milieu alcalin. On pourra formuler, par exemple :

Rec. Saccharine.............. 2 grammes.
Bicarbonate de soude...... 2.2 »
Faire dissoudre dans :
Eau distillée............ 200 »

M. — A employer par cuillerées à thé, pour édulcorer les boissons.

On peut encore prescrire aux diabétiques les pastilles à la saccharine, préparées suivant la formule de Fahlberg, et qui renferment chacune 5 centigrammes de saccharine et 2 centigrammes de bicarbonate de soude. Toutefois, ces pastilles ne peuvent servir que pour édulcorer des boissons très chaudes.

La saccharine peut encore être utilisée pour masquer le goût des médicaments très amers, chez les enfants notamment. Ainsi, pour l'administration de la quinine, l'auteur a eu recours avec succès à l'emploi de la prescription suivante :

Rec. Saccharine............. 1 partie.
Bicarbonate de soude........ 1,1 »
Faire dissoudre dans :
Eau distillée............ 100 »
Ajouter en chauffant :
Sulfate de quinine......... 1 »

M. — A prendre par cuillerées à café ou par cuillerées à bouche, suivant l'âge et les circonstances.

VII. MM. Kohlschütter et Elsasser ont relaté succinctement les constatations faites sur un diabétique en traitement à la clinique de Halle et qui a été soumis à l'usage de la saccharine. Chez le malade en question, la quantité d'urine des vingt-quatre heures et la quantité de sucre diminuaient pendant l'usage de la saccharine et augmentaient de nouveau quand on suspendait l'administration de cette substance. L'effet était plus prompt à se manifester et plus durable avec une dose quotidienne de saccharine de 2 grammes, qu'avec une dose moitié moindre. Toutefois, cette diminution de la polyurie et de la glycosurie étaient, à l'idée des deux auteurs, sous la dépendance immédiate d'une diminution de l'appétit, en raison de quoi le malade ingérait moins de nourriture; ce ne serait donc pas un résultat salutaire. Cette anorexie relative, constatée chez le sujet de l'expérience, paraissait dépendre du goût sucré, désagréable, qu'éprouvait le malade pendant le temps qu'il était soumis à l'usage de la saccharine. Chose assez étonnante, quoi qu'il ingérât moins de nourriture durant ces périodes d'expérimentation, le diabétique de Kohlschütter et Elsasser ne diminuait pas de poids. Malgré les côtés fâcheux de ces résultats, les deux auteurs opinent en faveur de l'emploi de la saccharine comme édulcorant chez les diabétiques.

VIII. M. Abeles, médecin à Carlsbad, a fait prendre de la saccharine, par doses de 0,1 à 0,5 à des diabétiques qui étaient en traitement déjà depuis quelque temps, et chez lesquels on avait réussi à supprimer la glycosurie ou à la maintenir à un niveau fixe. On pouvait ainsi apprécier d'une façon nette l'influence de la saccharine sur l'élimination du sucre. Les observations faites par M. Abeles ont démontré que cette influence était nulle; mais l'état des malades n'a subi aucune atteinte fâcheuse du fait de l'usage de la saccharine, et M. Abeles voit dans ce produit édulcorant une précieuse ressource, qui permet de restreindre l'uniformité du régime anti-diabétique, si pénible à observer.

IX. M. Hedley a été moins heureux. Un diabétique auquel il a fait prendre de la saccharine à petites doses s'est plaint, à partir du cinquième jour, d'un goût sucré dans la bouche, qui devint absolument insupportable. Ce goût sucré se communiquait à tout ce qu'ingérait le malade, jusqu'à la fumée du tabac, et il fallut surseoir à l'expérience.

X. Relativement à l'emploi des préparations de saccharine chez les diabétiques, M. Fischer propose l'association de cet édulcorant à la mannite, de préférence sous forme de pastilles dont voici la formule :

Rec. Saccharine.......... 3 grammes.
Bicarbonate de soude. 2 —
Mannite .... 50 —
Pour f. s. a : Pastilles n° 100.

Une de ces pastilles suffit pour édulcorer une tasse de café, de thé, etc.

E. Ricklin.

Indications bibliographiques.

B. Fischer et S. Rabow : *La Saccharine*. — (*Therapeutische Monatshefte*, 1887, n° 9, p. 395). Ce travail contient des renseignements intéressants sur l'histoire chimique de la saccharine.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci, par M. Vincent.

Si l'on apprécie l'importance d'une question scientifique d'après le nombre des travaux qu'elle a inspirés, il n'est que juste de mettre au premier rang celle que soulèvent l'étude des causes de l'hyperthermie et la recherche du mécanisme par

lequel cet état particulier de l'organisme peut amener la mort. Parler de l'hyperthermie, c'est évoquer du même coup les noms des plus grands physiologistes du siècle, des Magendie, des Chossat, des Cl. Bernard, des Liebermeister, des Marey, des Vulpian, et le souvenir des travaux qui ont illustré ces savants à des titres divers. C'est que l'intérêt inhérent à un pareil sujet, qui confine à la fois à la physiologie et à la pathologie, était fait pour attirer l'attention des chercheurs dont les efforts d'ailleurs n'ont pas été vains, car en dépit des difficultés de tout genre qu'il comporte, le problème de l'origine et des causes de l'hyperthermie a été certainement approché de sa solution. Venant après ces maîtres, M. Vincent a voulu ajouter à son tour quelque chose aux acquisitions dont la science leur est redevable, et c'est le résultat de ses recherches expérimentales dont il nous donne le résumé aujourd'hui. Ses expériences, nombreuses et bien conduites, font entrevoir des conclusions neuves qui permettent de concevoir le mécanisme de la mort dans l'hyperthermie, d'une manière toute différente de celle qui avait eu cours jusqu'à présent. On sait que Cl. Bernard attribuait cette terminaison à l'arrêt du cœur et que ce dernier phénomène, il l'expliquait lui-même par une cause toute physique, la coagulation du suc des fibres musculaires de l'organe central de la circulation. M. Vincent montre que cette hypothèse doit être désormais abandonnée, aussi bien que celle de Liebermeister qui faisait jouer le rôle principal aux altérations viscérales engendrées par la fièvre, et notamment à la dégénérescence graisseuse du foie, des reins, du cœur, etc.

C'était là l'opinion régnante il y a peu d'années encore, opinion destinée à disparaître devant les résultats de l'étude clinique et de l'expérimentation, qui établissent d'une manière indubitable la part prise par le système nerveux, dont la mise en jeu est la cause véritable des troubles respiratoires et nerveux caractéristiques de l'hyperthermie. Les considérations tirées des seules lésions viscérales seraient impuissantes à fournir l'explication de ces différents symptômes, car ces lésions sont inconstantes, variables, sans proportion avec la gravité des accidents. Mais cette mise en jeu du système nerveux, quelle en est la cause première? M. Vincent estime que celle-ci doit être cherchée dans la viciation du sang, dans une véritable adultération des tissus et des liquides de l'organisme surchargés des produits d'une combustion excessive et prolongée. Il s'agirait donc, dans le cas de l'hyperthermie, d'une véritable auto-intoxication par les matériaux excrémentitiels accumulés sous l'influence de la désassimilation fébrile, matériaux encore indéterminés, à l'heure actuelle, mais qu'il semble dès maintenant légitime de rapprocher des poisons étudiés dans ces derniers temps sous les noms de *leucomaïnes* et de *ptomaïnes*, véritables alcaloïdes toxiques développés chez l'individu pendant l'état de vie, sous l'influence de certains actes pathologiques. Or, ces matériaux, ces résidus de combustion incomplète agissent directement sur les centres nerveux, et c'est ainsi que l'on peut expliquer les accidents si graves de l'hyperthermie et particulièrement la mort qui est la conséquence naturelle des fonctions du bulbe.

Telle est, si nous avons bien saisi la pensée de M. Vincent, la théorie la mieux assise et la plus satisfaisante que l'on puisse donner des phénomènes si complexes de l'hyperthermie. Cette théorie assurément originale, bien que déjà entrevue par d'autres auteurs, et dont une bonne part lui revient, prendra-t-elle place définitivement dans la science? Ne pourrait-on lui opposer une première objection tirée de ce que les conditions artificielles dans lesquelles l'hyperthermie est expérimentalement produite chez les animaux, diffèrent profondément de celles que réalise l'hyperthermie développée chez l'homme, à la suite d'un état pathologique spontané, comme celui qui accompagne la plupart des grandes pyrexies (typhus, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.). Sans vouloir nous faire ici juge dans une question aussi délicate, et tout en proclamant la nécessité de nouvelles recherches pour résoudre bien des points restés obscurs, nous estimons que M. Vincent a cependant fait faire un grand pas à la question et qu'il convient de tenir compte de l'originalité de ses vues, ainsi que de l'habileté expérimentale dont il a fait preuve, dans le but de fournir une base solide aux conclusions de son intéressant travail.

P. MESELIER.

BULLETIN

LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE ET LA BACTÉRIOLOGIE. — SUR LA NATURE PARASITAIRE DES NÉOPLASMES. — DÉNOMINATION DES SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES. — LE TUBAGE DU LARYNX.

Dans son discours d'ouverture du cours de pathologie expérimentale et comparée, le nouveau professeur, M. Straus, après avoir payé un juste tribut à la mémoire de son prédécesseur, Vulpian, s'est arrêté tout naturellement sur l'évolution, d'autres disent la révolution que subit actuellement la médecine, grâce aux découvertes de M. Pasteur. Mettant en parallèle, d'un côté la conception physiologique de la maladie exposée par Claude Bernard, la théorie de la spontanéité morbide si éloquemment défendue par Chauffard, et, de l'autre côté, les nouvelles doctrines microbiennes; il s'est attaché à montrer les applications pratiques, les conséquences fécondes de celles-ci, les progrès que leur doivent déjà la chirurgie, l'obstétrique, l'hygiène publique, et que leur devra sans doute, dans un avenir prochain, la médecine proprement dite.

Partant de là, le jeune et savant professeur s'est demandé quel doit être l'esprit, quelle doit être la direction de l'enseignement dont il est chargé. « Cet enseignement, dit-il, de tous le plus libre et le plus élastique, se tiendra-t-il à l'écart de ce grand mouvement? Sa véritable discipline, sa seule et suprême tradition, ne consistent-elles pas à marcher résolument dans les voies nouvelles du progrès et de l'avancement de la science?

« En pareille matière, poser la question, c'est la résoudre. Ce que je viens de dire me dispense de programme. La bactériologie doit être la base de l'enseignement actuel de la pathologie expérimentale. Les sujets d'études et de recherches ne nous manqueront pas. Ce vaste champ commence à peine à être défriché. Une maladie infectieuse étant donnée (et nous venons de voir combien est grand le nombre de ces maladies), il ne faut pas se contenter de découvrir le microbe qui la détermine et de prouver, par la culture et l'inoculation, qu'il est la cause du mal. Le problème pathologique doit être compris d'une façon plus large. Le microbe pathogène une fois connu, il importe d'expliquer, par les mœurs et l'histoire naturelle de ce microbe, l'étiologie entière de la maladie. Cela fait, il faut rechercher comment il envahit l'économie, comment il provoque les lésions anatomiques, comment il s'élimine, comment se fait la guérison ou la mort; il faut tenter de pénétrer le

mystère des réceptivités, des immunités naturelles ou acquises. Pour ces recherches, la bactériologie nous a armés de ses méthodes nouvelles, si délicates et si puissantes; mais à chaque pas aussi nous aurons à faire appel à toutes les autres ressources dont nous investit l'expérimentation. »

La chaire de pathologie expérimentale et comparée devient ainsi une chaire de bactériologie; cette transformation, déjà mise en question au point de vue du principe même et de la dénomination de la chaire, est réalisée en fait : c'était facile à prévoir. Nous croyons toutefois qu'on a sagement agi en conservant la dénomination première à la chaire qu'ont occupée successivement Rayer, MM. Brown-Séquard et Vulpian. Si, en effet, l'entraînement du mouvement actuel et les études favorites du professeur lui font donner dans son enseignement la prépondérance à la bactériologie, la physiologie expérimentale, illustrée par ses prédécesseurs, ne saurait perdre tous ses droits. Qui sait si, par un nouveau revirement des choses, elle ne sera pas un jour appelée à les revendiquer tout entiers ?

Mais nous nous plaisons à reconnaître que, tout en limitant son enseignement à la bactériologie, M. Straus donne à son programme la plus large extension possible. A l'encontre de bon nombre d'auteurs, il recule le problème étiologique au-delà de la constatation du microbe, de sa culture et des effets immédiats de son inoculation. En faisant, comme il l'indique, l'histoire naturelle complète des microbes, en étudiant surtout l'influence des milieux sur leurs transformations et réciproquement leur action sur les milieux, on arrivera peut-être à concilier certaines notions anciennes avec les nouvelles et à renouer le fil de la médecine traditionnelle.

—Du reste, ce fil n'est pas, à vrai dire, entièrement rompu; il est, en effet, nombre d'affections que la bactériologie n'a pu encore faire rentrer dans son cadre et qui servent comme de pont, comme de trait d'union entre les deux doctrines mises en face l'une de l'autre par M. Straus, et qui placent l'origine de nos maladies, la première en nous-mêmes, la seconde en dehors de nous; de ce nombre sont les néoplasmes, en particulier les tumeurs cancéreuses. Malgré les efforts de quelques auteurs (Scheurlen, Rappin, Lampiasi, Domingos Freire, etc.), la nature microbienne du cancer est encore à démontrer. Il semble qu'il y ait sur ce point, du moins en France, un accord unanime; cela ressort d'une communication faite lundi dernier à l'ACADÉMIE DES SCIENCES par M. Verneuil, et d'une Revue générale très intéressante publiée par M. Kirmisson dans le BULLETIN MÉDICAL (n° du 29 avril). En Belgique aussi, on attend de nouvelles preuves pour admettre l'origine parasitaire du cancer et, dans un pays où la fréquence de cette affection semble s'accroître chaque année, M. Van den Corput propose (séance de l'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE du 28 avril), pour l'étude expérimentale et clinique de la carcinose, la formation d'une *ligue médicale* et l'institution de congrès analogues à celui qui doit se tenir prochainement pour l'étude scientifique de la tuberculose.

— La dénomination des substances médicamenteuses semble tout d'abord bien facile : on n'a qu'à tenir compte de leur composition et des règles de la nomenclature. Autrefois, c'était simple, en effet; mais depuis que la chimie s'enrichit chaque jour de corps nouveaux, le problème est autrement complexe, car on arrive à des noms qu'un Allemand lui-même a de la peine à retenir et surtout à répéter dans le langage usuel. La *diméthyloxyquinizine* nous en offre un exemple. Aussi, en gens pratiques, les Allemands lui ont-ils donné le nom d'*antipyrine*, basé sur ce qu'ile considéraient comme son action capitale, et ont-ils eu soin de la monopoliser. Grâce à cette dernière précaution, nous sommes restés tributaires de leur fabrication. Il n'y aurait que demi mal si leurs produits étaient toujours d'une pureté parfaite. Mais il est loin d'en être ainsi, et l'on doit applaudir à l'initiative de Bourgoin qui propose de donner à la diméthyloxyquinizine le nom d'*analgésine*, plus conforme à son action la plus marquée et la plus constante, de se soustraire ainsi au monopole allemand et de se mettre en mesure de fabriquer en France un produit parfaitement pur. On voit quel intérêt, à la fois scientifique et économique, peut présenter la dénomination d'une nouvelle substance.

— Le tubage du larynx dans le croup nous offre un exemple du vieil adage : *Multa renascuntur quæ jam cecidere*. Proposé en 1858 par M. Bouchut, il fut énergiquement repoussé par la Société médicale des hôpitaux et l'Académie de médecine et devint même, pour son inventeur, l'origine d'attaques passionnées et d'une sorte de persécution contre lesquelles il a eu à lutter durant toute sa carrière. Cependant l'idée est restée, elle a franchi l'Atlantique, a germé et fructifié en Amérique d'où elle nous est revenue rajeunie et appuyée de faits cliniques; elle vient de refaire, avec M. d'Heilly, sa rentrée à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX, et cette fois elle n'a valu, jusqu'à présent du moins, aucun horion à celui qui l'a présentée. Il est vrai qu'il n'en est pas le père; il n'en revendique même pas le titre de parrain, car il fait ressortir avec le même empressement les inconvénients assez nombreux et les avantages de la méthode. Cette méthode sera, sans nul doute, essayée par d'autres médecins, et l'on arrivera à mieux déterminer ses indications et ses contre-indications. Et si elle devient ainsi l'objet d'une expérimentation sérieuse, si elle prend dans la pratique un rang définitif, il est juste de faire à son inventeur la réparation publique qui lui est due.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

INAUGURATION DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

C'est le samedi 28 avril qu'a eu lieu l'inauguration, par M. le président de la République, des nouveaux bâtiments de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Le chef de l'Etat était accompagné par MM. les ministres de l'Instruction publique, de la Marine et des Travaux publics.

A cette solennelle cérémonie assistaient MM. Liard, directeur de l'enseignement supérieur; Gavarret, inspecteur honoraire de l'enseignement supérieur; Conat, recteur de l'Académie de Lille; Micé, recteur de l'Académie de Clermont-Ferrand; Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; Lannelongue, Cornil et Proust, professeurs de la Faculté de médecine de Paris; Caubet, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse; Castan, professeur de la Faculté de Montpellier; Duplouy, directeur de l'Ecole de médecine navale de Rochefort.

L'estrade officielle était également occupée par MM. les professeurs de la Faculté de droit, de la Faculté des sciences

et de la Faculté des lettres réunis à leurs collègues de la Faculté de médecine.

Les professeurs du lycée de Bordeaux, de nombreux invités, une foule considérable d'étudiants, complétaient ce brillant public, groupé toute ntier dans la court centrale du nouvel édifice.

Trois discours, successivement prononcés par M. Daney, maire de Bordeaux, Ouvré, recteur de l'Académie et Lockroy, ministre de l'instruction publique, recueillent tour à tour de chaleureux applaudissements.

La séance, qui se prolonge une heure et demie environ, se termine par la lecture du décret présidentiel nommant chevaliers de la légion d'honneur :

M. Millardet, professeur de la Faculté des sciences, et M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine.

La profonde satisfaction qu'entraînent deux nominations aussi méritées se traduit de la façon la plus démonstrative.

Le jeune doyen, plus particulièrement en cause par le caractère de la cérémonie, reçoit, dans les chaudes acclamations de l'assistance, la preuve de la haute considération et de la grande sympathie dont il jouit parmi ses collègues et dans le monde des étudiants.

Au nombre des distinctions honorifiques dont est gratifié le corps médical enseignant, notons le titre d'officier de l'instruction publique, décerné à MM. le professeurs Vergely et Jolyet; les palmes académiques, données à M. le professeur agrégé Carles.

Depuis ses débuts, qui remontent à 1878, comme on le sait, la Faculté de médecine de Bordeaux ne disposait, pour son fonctionnement, que de locaux provisoires. Elle occupait l'ancienne Ecole de médecine, le collège de Saint-Come et les anciens établissements de la caserne Saint-Raphaël.

C'est en décembre 1886 seulement que l'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire a pu commencer à se faire dans la partie du nouveau bâtiment qui leur est affectée, et dont nous donnerons tout à l'heure un aperçu rapide.

Malgré ces conditions désavantageuses, on aurait tort de supposer à la jeune Faculté de Bordeaux de pénibles débuts; il est bon, au contraire, que l'on sache que, dès sa création, sa vitalité s'est affirmée de la façon la plus éclatante.

Quelques chiffres suffiront à montrer comment, en moins de dix ans, elle a su conquérir la première place parmi les Facultés de province. Dans la dernière année scolaire, le nombre des inscriptions prises n'est pas moindre de 2,095, savoir : 1,479 inscriptions de médecine et 616 inscriptions de pharmacie. Le nombre des docteurs reçus cette même année est de 114, alors que 64 diplômes seulement sont délivrés à Montpellier, 48 à Lyon, 26 à Nancy et 14 à Lille.

Aujourd'hui que la voici dotée d'un édifice somptueux, où tous les aménagements les mieux entendus viennent d'être pris, où tous les progrès de l'outillage scientifique cherchent à être réalisés, son développement ne peut que grandir.

Les avantages que les élèves trouvaient pour leur instruction et qui motivaient leur affluence à Bordeaux étant multipliés, leur nombre ne peut que s'accentuer.

Les nouveaux bâtiments de la Faculté occupent un vaste emplacement compris entre le place d'Aquitaine, les rues Paul Broca et Elie Gintrac.

La forme de l'édifice est celle d'un trapèze assez régulier, dont le petit côté (la façade) regarde la place d'Aquitaine.

Au centre, est ménagée une cour excessivement vaste, si bien que toutes les parties reçoivent largement l'air et la lumière.

On ne peut que féliciter l'architecte, M. Pascal, de la beauté et de l'appropriation si bien entendue d'un tel monument.

A l'entrée, sur la façade de la place d'Aquitaine et au rez-de-chaussée, se trouvent le vestibule, puis l'atrium donnant accès dans deux amphithéâtres (amphithéâtre des cours et amphithéâtre des démonstrations), auxquels sont annexés des laboratoires pour la préparation des cours.

A gauche du vestibule sont le grand escalier conduisant au premier étage, la salle des actes, le cabinet et le vestiaire des professeurs. A droite, se trouve un escalier conduisant au premier et au deuxième étage et aux combles, le logement du concierge, le cabinet du doyen, le secrétariat et les archives.

Les deux amphithéâtres ont 12 mètres de profondeur sous plafond ; ils sont admirablement éclairés par le haut.

L'amphithéâtre de démonstration est construit en hémicycle et les gradins y sont placés presque verticalement pour que tous les auditeurs puissent être aussi rapprochés que possible du professeur.

Le premier étage de la façade est réservé, à l'exception d'une pièce destinée au musée d'anatomie pathologique, aux services de la bibliothèque, comprenant une grande salle de lecture pour les élèves, un cabinet pour le bibliothécaire et une salle pour les professeurs.

Dans l'aile des bâtiments situés au nord sont installés :

1º Un petit laboratoire de thérapeutique; 2º deux salles d'examen ou de conférences, séparées par un cabinet; 3º le laboratoire de médecine expérimentale.

Le laboratoire de médecine expérimentale est installé comme laboratoire de recherches et comme laboratoire d'enseignement. Il possède des ressources matérielles nécessaires pour permettre aux étudiants qui le désirent de se livrer à des travaux originaux.

Comme laboratoire de recherches, le laboratoire de médecine expérimentale comprend plusieurs pièces à attributions spéciales, pour la physique et la chimie biologiques, pour les vivisections et la bactériologie.

Le laboratoire de physique biologique renferme tous les éléments précieux et délicats concernant l'électro-physiologie, les appareils de mesure, enregistreurs, régulateurs, etc.

Le laboratoire de chimie biologique, situé au-dessous du précédent, très bien compris pour sa destination, contient aussi de nombreux appareils, en particulier les divers instruments pour extraction et analyse des gaz du sang, de l'eau, etc.

La chambre de bactériologie comprend tout ce qui concerne l'étude et la culture des organismes inférieurs, ferments et microbes, c'est-à-dire de nombreuses étuves avec régulateurs, une glacière, tubes et flacons à culture, etc.

La salle de démonstrations expérimentales contient un petit amphithéâtre au devant duquel est la table à expériences. Des arbres de couche apportent dans cette pièce le mouvement d'un moteur à gaz placé dans le sous-sol. On actionne ainsi un grand appareil de démonstration et de recherches pour la respiration de l'homme et une machine Gramme, qui entretient un régulateur pour les projections. Un système de stores opaques permet de faire l'obscurité nécessaire aux projections.

Un polygraphe spécial à projections donne la faculté de projeter les mouvements, mouvements de la respiration, du

cœur, la secousse des muscles, et de mesurer la vitesse de l'agent nerveux.

Un chenil, placé dans le sous-sol, renferme les animaux en expériences.

Le premier étage de l'aile nord est affecté à une section du musée et aux laboratoires d'anatomie pathologique et d'histologie, très spacieusement disposés, avec des salles de travaux pratiques pour les élèves.

Les services qui sont installés dans l'aile des bâtiments situés au sud sont :

Au rez-de-chaussée, un petit laboratoire de pathologie générale.

Deux salles d'examen et de conférences séparées par un cabinet de réflexion comme dans l'aile nord.

Le laboratoire de physiologie.

L'installation en est aussi soignée que celle du laboratoire de médecine expérimentale ; il comprend une pièce destinée aux recherches bactériologiques, un cabinet de travail pour le préparateur, une grande salle pour les travaux de recherches et les expérimentations physiologiques, dans le sous-sol une salle pour les travaux pratiques, une pièce avec aquarium et glacière, en outre, un chenil placé dans le jardin.

Au premier étage, se trouvent une section du musée, les laboratoires d'hygiène et de médecine légale.

Le laboratoire de médecine légale comprend :

Un laboratoire des élèves avec installation pour les recherches histologiques spéciales et pour les expertises de chimie toxicologique ; des pièces destinées au professeur, au chef des travaux, à un musée médico-légal ; enfin, une salle d'autopsie.

Le laboratoire d'hygiène comprend :

Un cabinet de travail pour le professeur ; un laboratoire de recherches ; un laboratoire de bactérioscopie pour les analyses biologiques et pathogéniques de l'air, du sol et des eaux souillées par les divers agents infectieux ; un musée d'hygiène.

Au fond de la cour se trouve, en face de l'atrium, une grande galerie transversale qui longe l'institut anatomique. Sous cette galerie s'ouvrent cinq grandes portes qui conduisent aux trois pavillons d'anatomie, aux laboratoires particuliers du chef des travaux et du prosecteur.

Chaque pavillon est précédé d'un grand et large vestiaire où les élèves trouvent des cases fermées et cadenassées pour y déposer leurs livres, instruments, etc.; des lavabos à grandes cuvettes avec serviettes et essuie-mains.

Les salles de dissection, très grandes, très éclairées sur leurs deux faces, sont chauffées et ventilées par des calorifères qui suffisent pour renouveler constamment l'air.

Le nombre des tables de dissection est de 16 par pavillon. Des tableaux d'ardoise encastrés dans les murs permettent de dessiner les figures et les schémas dont les élèves peuvent avoir besoin. Des becs de gaz avec réflecteurs mobiles dans tous les sens projettent une lumière intense sur les tables d'étude. Aussi les élèves sont-ils admis à travailler, s'ils le désirent, jusqu'à neuf heures du soir.

Au-dessous des pavillons, salles de conservation des cadavres. Des massifs de béton y sont disposés pour recevoir chacun deux ou trois corps.

Au dessus de chaque bloc de béton s'ajuste une planchette surélevée de 3 mètres, sur laquelle se trouvent les barillets contenant les liquides conservateurs à injecter par la carotide dès que les sujets sont arrivés au dépôt. Ce procédé permet de conserver les cadavres pendant des semaines et des mois, sans odeur, sans altération, alors même que les viscères restent dans les cavités splanchniques. Et cette conservation se maintient malgré la température ; le sujet se momifie, mais ne se putréfie pas. Les accidents dus aux piqûres anatomiques ont totalement disparu.

Les sujets sont montés des salles de conservation dans le pavillon de direction au moyen de monte-chargee.

On trouve aussi dans l'institut anatomique un grand appareil à congélation destiné surtout aux études des rapports anatomiques. On peut facilement congeler des troncs tout entiers. Une fois amenés à l'état de dureté convenable, une scie à ruban actionnée par le moteur du laboratoire de médecine expérimentale permettra de les débiter en tranches d'un demi-centimètre d'épaisseur qui seront conservées au musée par des procédés spéciaux.

Les laboratoires d'anatomie et de médecine expérimentale sont munis d'appareils permettant de faire les recherches les plus délicates d'embryologie et d'anatomie topographique.

Tels sont, dans leur ensemble, les nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine. On voit que les services de la pharmacie et des sciences dites accessoires, n'y sont pas logés; ils conservent, pour le moment, les locaux et les distributions provisoires qui leur ont été affectés dans l'ancienne caserne de St-Raphaël.

Le jardin de botanique médicale, dont les travaux d'installation sont déjà commencés, occupera un terrain de 24,400 mètres superficiels, situé à Talence, près de Bordeaux.

Enfin, puisque cet aperçu rapide sur ces nouveaux bâtiments, nous entraîne à l'énumération des différentes parties constituantes de la Faculté médicale, nous rappellerons que l'organisation des cliniques est des plus complètes. Elles sont au nombre de six dans le grand hôpital St-André, à savoir : deux cliniques de pathologie interne; deux de pathologie externe, la clinique obstétricale et la clinique ophtalmologique; enfin des cliniques annexes sur les maladies vénériennes et la pathologie infantile, sont organisés dans des hôpitaux spéciaux.

Ces hôpitaux sont assez voisins de la Faculté pour que les élèves ne perdent pas en longues courses un temps précieux.

Parmi ces hôpitaux, nous devons une mention spéciale pour celui des enfants-assistés qui, de construction toute récente, offre aux étudiants, par le nombre et l'importance de ses services, un vaste champ d'études pour la pathologie infantile.

N'oublions pas aussi d'attirer l'attention sur les importantes réformes que l'administration des hospices de Bordeaux vient d'apporter dans le recrutement de son personnel médical. Les médecins des hôpitaux ne possédaient autrefois, en qualité de titulaires, que pendant un laps de temps fort restreint, leurs services hospitaliers. Aujourd'hui, leurs fonctions, soit comme adjoints, soit comme titulaires, durent jusqu'à une limite d'âge fixée à 55 ans. C'est tout profit pour les élèves qui, pendant leur stage dans les différents services hospitaliers, se trouvent sous la direction de médecins ayant toute l'autorité que confère la sélection établie par des concours devenus plus difficiles, et toute celle que donne l'exercice plus prolongé dans des fonctions où l'on apprend tous les jours.

Dr André Moussous,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourgade de la Dardye (de Clermont-Ferrand).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Brouardel (de Paris) et Gaulard (de Lille), ont été élus, par les Facultés de médecine, membres de ce conseil.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le jury définitif du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central se compose de MM. Chauffard, Fernet, Hanot, Guibout, Joffroy, Gingeot et Léon Labbé.

Les juges du bureau central en chirurgie sont: MM. Trélat, Le Fort, Lannelongue, Desprès, Marc Sée, Benjamin Anger et Gouraud.

— Une *Société d'hygiène publique* vient de s'organiser à Reims, grâce à l'initiative du maire de cette ville, M. le docteur Henri Henrot. Depuis plusieurs années, sous son habile direction, les questions d'hygiène ont été étudiées avec le plus grand soin dans cette ville. Un bureau municipal d'hygiène y fonctionne avec une grande activité; il rend des services de plus en plus appréciés par la population.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 AVRIL 1888.

Fièvre typhoïde 15.—Variole 9. — Rougeole 9.— Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Diphtérie, croup, 48. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 200.— Autres tuberculoses 28. — Tumeurs: Cancéreuses 49. — Autres 7. — Méningite 47. — Congestion et hémorr. cérébrales 56. — Paralysie 7.— Ramollissement cérébral 6.— Maladies organiques du cœur 71.— Bronchite aiguë 24. — Bronchite chronique 32. — Broncho-pneumonie 31.— Pneumonie 62. — Gastro-entérite: Sein 18. — Biberon 25. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale 27. — Sénilité 29. — Suicides 21. — Autres morts violentes 5. — Autres causes de mort 148. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine: 1002 décés.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS:

Des modules des cordes vocales dites « modules des chanteurs, par le docteur Wagnier, de Lille. — Paris, O. Doin, 1888.

Manuel d'autopsie ou méthode de pratiquer les examens cadavériques au point de vue clinique et médico-légal; par Thomas Harris, professeur adjoint de pathologie à Owen's College, traduit sur la première édition anglaise et annoté par le docteur H. Surmont, chef de clinique délégué de la Faculté de Lille.— Bruxelles, A. Monceaux, libraire-éditeur, 1888.

Sur la création de laboratoires thermaux, par le docteur Pégrand, médecin consultant à Vichy.— Paris, O. Doin, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. — N° 19 — 12 MAI 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16, 17 et 18.

Deuxième Leçon

B. *Spasmes inspiratoires simples : Hoquet et reniflement hystériques.*

Le *hoquet* et le *reniflement hystériques* surviennent dans les mêmes circonstances que la *toux* et le *renâclement*. Ce sont des syndromes convulsifs rhythmiques appartenant surtout, mais non pas exclusivement, à l'hystérie infantile. Ils se développent en général brusquement à l'occasion d'émotions morales ou sans causes apparentes, chez des adolescents de l'un ou l'autre sexe prédisposés à l'hystérie par leurs antécédents héréditaires et personnels, et présentant ordinairement quelques stigmates hystériques, mais n'étant pas sujets, dans la majorité des cas du moins, à de grandes attaques convulsives.

Les deux exemples que je vais faire passer sous vos yeux vous donneront, j'espère, une idée très précise de ces singuliers accidents.

Victorine Pr..., blanchisseuse, âgée de dix-huit ans, est entrée à l'hôpital pour un hoquet incoercible de nature hystérique.

L'histoire de cette malade est assez compliquée, mais je crois néanmoins devoir vous en rappeler les principaux détails.

Les antécédents héréditaires sont mauvais : Son père est alcoolique; sa mère est d'un caractère violent, emporté; la moindre contrariété lui donne des colères terribles et des accès de sanglots.

Dès son bas âge, Victorine a été sujette à des attaques syncopales avec contracture des mâchoires. Ces attaques, qui survenaient d'ordinaire à la suite de chagrins ou de réprimandes, étaient de courte durée. Deux fois cependant (à six ans et à dix ans), elles se prolongèrent pendant une heure environ La menstruation s'est établie sans accidents à quatorze ans, et depuis cette époque, elle a toujours été régulière.

Vers le milieu de 1885, Victorine P... se fiança avec un jeune homme qu'elle aimait beaucoup. Le 12 septembre, elle eut avec lui une querelle suivie de rupture. Elle fut très peinée de cet événement, mais elle chercha et réussit à cacher son chagrin.

Le 15 septembre, une heure après son déjeuner, elle fut prise d'un hoquet violent qui dura sans interruption pendant une semaine. Il était si intense que la malade ne pouvait se livrer à aucun travail et qu'il lui était impossible de s'endormir. Après huit jours de souffrances, ses parents firent appeler un médecin. Celui-ci ordonna une potion contenant du sirop d'éther et du bromure de potassium. Le hoquet disparut et Victorine reprit sa vie habituelle.

Quelques semaines après (12 octobre), elle eut ses règles. Dès le début de l'époque menstruelle, le hoquet reparut et, malgré

FEUILLETON

UN MÉDECIN NATURALISTE EN PROVINCE, LÉON DUFOUR.

Suite. — Voir les numéros 13 et 14.

III. RETOUR A SAINT-SEVER PAR LYON, LA PROVENCE ET LE LANGUEDOC. — CAMPAGNE D'ESPAGNE.

En quittant Paris, le nouveau docteur ne revint pas directement à Saint-Sever. Dans le double but de faire connaissance avec l'École de Montpellier, et d'explorer au point de vue de l'histoire naturelle le Midi oriental de la France, il prit, comme on dit vulgairement, le chemin de l'école ; dans son voyage de retour devint une pérégrination fantaisiste et, au goût de Dufour, délicieuse. Cette pérégrination ne dura pas moins de quatre mois.

Parti de Paris le 25 mars 1806, dans ces lourdes diligences qui avaient le monopole du transport des voyageurs sur les grandes lignes, Dufour se dirigea à travers la Bourgogne sur Lyon, où il séjourna trois jours et dont il visita en détails les monuments, les établissements hospitaliers et les naturalistes (en particulier Gilibert, le professeur de botanique et le traducteur, en même temps que l'éditeur, du *Système de la nature* de Linné). Dès le lendemain de son arrivée, il rechercha, mais en vain, une famille Dufour, une famille de parents, dont un membre médecin avait accueilli en 1765 le père de Léon, lorsqu'il se rendait de Montpellier à Paris pour terminer ses études médicales. Ces parents, lors de la Révolution, avaient émigré en Suisse, et il est possible, ajoute Léon Dufour « que le général Dufour qui s'est acquis de la célébrité dans les troubles du Sooderbund, en 1847, soit issu de notre famille ».

Le 5 avril, le jeune docteur monta en galiote pour descendre le Rhône jusqu'à Avignon. C'est à pied qu'il parcourut ensuite les quatre lieues qui séparent Avignon de Beaucaire, où il allait passer quelques jours chez son ami, le docteur Blaud, qui avait un frère pharmacien, César Blaud (celui qui a donné son nom à des pilules ferrugineuses). Là, il fit des explorations botaniques et entomologiques aux environs, et il ne repartit que le 12 avril pour se rendre à Montpellier, où son ami Dufan l'attendait. Ici le séjour fut plus long : il dura 36 jours, qui furent consacrés à suivre les cliniques

l'emploi de la potion qui avait été précédemment si efficace, il persista pendant les quatre jours que dura le flux cataménial.

Le mois suivant il survint encore en même temps que les règles (9 novembre). Mais cette fois il ne disparut pas avec elles : la malade n'en fut débarrassée qu'à la fin du mois, après des pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique. Il était du reste moins violent qu'au mois de septembre ; il s'atténuait notablement à certaines heures de la journée et il cessait complètement pendant la nuit.

Le 8 décembre, troisième rechute, traitée avec succès par les pulvérisations d'éther. Le 10 janvier 1886, toujours au moment de l'apparition des règles, quatrième retour offensif de la maladie. Cette fois, on employa sans succès les potions antispasmodiques, les pulvérisations d'éther, les cautérisations ponctuées sur la région épigastrique, etc.; le hoquet persista en dépit de toutes les tentatives dirigées contre lui. C'est alors que Victorine P... entra pour la première fois dans notre service où elle fut traitée pendant cinq mois consécutifs par l'hydrothérapie, l'électrisation statique, la faradisation de l'épigastre, etc. Quand elle nous quitta, en juillet 1886, elle était tellement améliorée qu'elle put entrer tout de suite dans un atelier et y travailler jusqu'à ces derniers jours où, a la suite d'une querelle avec sa mère, le hoquet est redevenu assez fort pour constituer une incommodité sérieuse. En même temps, elle a eu quelques attaques convulsives légères qui n'ont modifié en rien le spasme rhythmique inspiratoire dont elle souffre plus ou moins depuis dix-huit mois.

Je vous dirai tout de suite, pour n'avoir plus à y revenir dans la suite, que Victorine P... appartient au groupe des hystériques dont les stigmates sensitivo-sensoriels sont réduits à leur plus simple expression. Sa peau est partout normalement sensible. Sur ses muqueuses, on ne trouve nulle part d'anesthésie complète; il existe seulement un peu d'hypoesthésie de la paroi postérieure du pharynx et de diminution des réflxes, succédant à l'excitation de l'arriège-gorge. Les perceptions sensorielles sont normales; toutefois l'exploration campimétrique des yeux révèle un rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels.

Etudions maintenant les caractères du hoquet de notre malade.

Ce hoquet n'est pas continu. Il survient sous forme d'accès, succédant habituellement à l'ingestion des aliments et durant de deux à quatre heures, selon la quantité de substances ingérées. Il cesse complètement pendant la nuit. Au réveil, la malade n'éprouve aucun malaise: elle se lève, s'habille, fait son lit sans ressentir le moindre spasme du diaphragme. L'heure du déjeuner arrive ; elle boit une tasse de lait et aussitôt après elle commence à ressentir une pesanteur douloureuse à l'épigastre et à être incommodée par les secousses convulsives du hoquet. Ces premiers accès durent deux heures environ. Quand ils sont terminés, l'heure du repas suivant approche ; Victorine mange avec appétit, mais elle en est punie par un deuxième accès de hoquet qui persiste pendant quatre heures. Un troisième accès, d'une durée à peu près égale à celle du deuxième, survient invariablement après le dîner, de telle sorte que sur les vingt-quatre heures de la journée, la malade en passe dix à dormir et dix à souffrir du hoquet.

Les accès débutent en général quelques minutes seulement après la fin des repas. Ils s'annoncent par une sensation de pesanteur épigastrique accompagnée d'envies de vomir, mais jamais il n'y a de nausées véritables ni de vomissements. Puis tout à coup la secousse brusque des muscles inspiratoires qui caractérise le phénomène du hoquet se produit. A partir de ce moment, toutes les inspirations ont lieu convulsivement et s'accompagnent du bruit particulier qui se fait entendre dans tous les cas de hoquet un peu violent. Le ventre est alors ballonné, sonore à la percussion, manifestement distendu par des gaz. La malade est abattue, fatiguée, incapable d'aucun travail physique et d'aucune application intellectuelle.

Les changements de position du corps, la marche, la faradisation épigastrique, la compression des différentes régions de la paroi abdominale ou de la colonne vertébrale, ne modifient pas le rythme monotone et régulier du hoquet.

Le lavage de l'estomac, pratiqué avant l'ingestion des aliments, a paru atténuer pendant quelques jours la durée des accès ; mais ses avantages, d'ailleurs assez incertains, ont été de courte durée et nous avons dû renoncer à l'usage de ce moyen. La seule manœuvre qui exerce une influence notable sur le spasme inspiratoire, c'est la compression énergique du cou, au-dessus de la clavicule, le long du trajet des pneumogastriques. Souvent cette compression a pour effet d'arrêter les accès, mais elle n'est réellement efficace que lorsque le hoquet s'est produit librement pendant un certain temps.

Si on y a recours au début des accès, ou bien elle ne modifie pas du tout leur évolution, ou bien elle les suspend seulement pendant quelques instants.

Quand l'accès est sur le point de se terminer, le tympanisme abdominal diminue, les secousses inspiratoires deviennent progressivement moins violentes et bientôt tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que l'ingestion de nouveaux aliments vienne déterminer un nouvel accès.

Il serait difficile de rencontrer un cas plus net de *hoquet hystérique*, et je ne pense pas qu'il puisse venir à l'esprit de personne de contester la légitimité de ce diagnostic.

Voici maintenant un exemple très remarquable d'une autre

---

et quelques cours publics. Les successeurs de Barthez ne parvinrent pas à satisfaire l'esprit de Dufour. Mais il fit des excursions et lia connaissance avec les botanistes Gouan et Broussonnet, avec l'anatomiste Dumas, avec le futur paléontologiste Marcel de Serres, avec le naturaliste Bouchet, avec le professeur de clinique Lafaberie, et aussi avec Grateloup, encore étudiant, qui était destiné à devenir un paléontologiste des plus distingués.

Croirait-on qu'en quittant Montpellier, nos deux jeunes docteurs, Dufour et Dufau, au lieu de se diriger vers la Gascogne, prirent la direction de la Provence? On repasse donc par Beaucaire et l'on y reste quinze jours, chez l'ami Blaud, qui leur fait visiter le pont du Gard. Le 26 mai, les deux voyageurs sont à Avignon. Ils le quittent le lendemain matin pour se diriger vers la fontaine de Vaucluse qu'ils admirent et dont ils explorent en détail les environs.

Ce ne fut que le 3 juin que, rentrés à Tarascon, ils prirent la diligence pour Marseille, en passant par Aix. Durant ce trajet, on fait encore des récoltes botaniques et l'on recueille des échantillons d'insectes. Le 15 juin, on quitte Marseille pour se rendre à Toulon. On visite la grotte de la Sainte-Baume, on traverse Ollioules, on fait une tournée dans la ville et dans le port de Toulon avant d'aller aux îles d'Hyères. Léon Dufour explora l'île de Porquerolles, l'île de Rotono et la plage de Montredon, où il fut pris pour un espion anglais s'occupant à prendre des plans, tandis qu'il ne prenait que des plantes.

Enfin, le 29 juin, on repart pour Beaucaire en passant par Salon, la Crau et Arles. Le 7 juillet, c'est Nîmes qu'on visite avant de revenir à Montpellier, d'où nos deux promeneurs filèrent sur Auch en passant par Pézénas, Béziers, Castelnaudary, Toulouse, pour arriver vers la fin de juillet à Saint-Sever.

Léon Dufour avait recueilli dans son voyage 326 insectes et 394 plantes.

Dès sa rentrée dans ses pénates, notre nouveau médecin s'empressa d'organiser sa pratique médicale sous les auspices et d'après les conseils de son père; mais il ne manqua pas de donner aux sciences naturelles les loisirs que lui laissait l'exercice de la médecine. Et les moments de loisir abondèrent si bien qu'au commencement de 1808, sur les instances de son ami, le docteur Bardol, médecin principal, qui entrait en Espagne sous les ordres du ma-

forme de spasme rythmique inspiratoire, le *reniflement hystérique.*

Louise G..., âgée de dix-huit ans, élève à l'école normale, est une jeune fille fort intelligente, mais d'une impressionnabilité excessive.

Sa mère jouit d'une bonne santé, mais son grand père paternel était sujet à des attaques de nerfs dont il est difficile de déterminer la nature, et son père, très irascible, est atteint de migraines fréquentes.

Elle a eu dans son enfance toutes sortes de maladies : engorgements ganglionnaires, otites, conjonctivites, rougeole, fièvre typhoïde, etc. Vers l'âge de trois ans, elle eut des convulsions qui déterminèrent un strabisme interne persistant de l'œil droit.

Les règles s'établirent sans accident à quatorze ans, et depuis lors la menstruation a toujours été régulière. De quatorze à seize ans, Louise G... a eu très fréquemment des accès de vomissements survenant sans cause connue, sans douleurs gastralgiques ni céphalalgie, durant un ou deux jours et disparaissant soudainement, sans laisser après eux aucun trouble des fonctions digestives.

Elle était d'un caractère doux, craintif, sensible et d'une émotivité peu commune. Les moindres réprimandes la mettaient en émoi; les plus légers reproches lui arrachaient des sanglots ; un bruit imprévu la faisait tressaillir et la rendait toute tremblante.

Elle s'occupait du reste avec ardeur de ses études et passait pour être une des meilleures élèves de l'Ecole normale, où elle préparait ses examens d'institutrice.

Le 12 juillet 1885, la directrice de l'école lui déclara qu'elle se présenterait à la session d'août. Louise G..., qui comptait concourir seulement l'année suivante, fut très émue en apprenant les projets de sa maîtresse. Elle n'osa pas répliquer, mais elle devint fort pâle et faillit perdre connaissance.

Le lendemain, elle fut toute la journée triste, inquiète, préoccupée, et pendant le dîner elle fut prise tout à coup d'une attaque de sanglots qui dura dix minutes. Le jour suivant, à la même heure, elle eut une attaque analogue. Dans la nuit du 14 au 15 juillet, son sommeil fut interrompu par des cauchemars pénibles, et le lendemain matin, en se réveillant, elle fut toute surprise de ne pouvoir respirer que par le nez, en produisant un bruit désagréable et régulièrement rythmé de reniflement.

Après avoir persisté pendant quinze jours, le reniflement disparut si bien que, dans les premiers jours d'août, la malade se croyait radicalement guérie de cette incommodité. Elle se sentait cependant plus nerveuse que de coutume; elle avait souvent des accès de pleurs sans motifs sérieux, des angoisses inexplicables, des faiblesses subites et transitoires dans les membres, des douleurs vagues, etc. Les vacances se passèrent cependant sans accidents graves. Mais, vers le 15 novembre, à la suite d'une contrariété insignifiante, le reniflement reparut, et depuis lors, c'est-à-dire depuis six mois, ses caractères n'ont pas varié.

Ce reniflement se produit au début des inspirations. Il est causé par une secousse brusque, convulsive, des muscles inspirateurs. Au moment où il a lieu, la bouche se ferme, les narines se rapprochent, la tête fait un petit mouvement de projection en haut et en avant, les épaules s'élèvent, la poitrine se dilate et tout l'air inspiré passe par les fosses nasales, en déterminant un bruit spécial qu'il est facile d'imiter en aspirant vivement une certaine quantité d'air par le nez. L'expiration ne présente rien d'anormal. Le spasme se reproduit d'ordinaire de 8 à 10 fois par minute, mais sa fréquence est très variable, car elle subit de notables modifications en plus ou en moins sous l'influence de circonstances incidentes très nombreuses.

C'est ainsi que lorsque la malade lit mentalement, lorsqu'elle fixe son attention sur un travail manuel ou intellectuel, lorsqu'elle est distraite par une conversation agréable, le spasme devient à la fois moins fort et moins fréquent. Il devient au contraire plus rapide et plus bruyant quand la malade est triste, quand elle se sent observée, quand elle est émue ou contrariée, etc.

Enfin, il cesse complètement pendant le sommeil, le bain, les repas, la lecture à haute voix.

Nous n'avons pas trouvé de zones périphériques dont l'excitation ait sur lui une action suspensive manifeste. Il n'existe aucun stigmate sensitif. Pas d'attaques convulsives.

Cette observation est intéressante à divers points de vue. Elle nous montre une hystérique sans symptômes sensitivo-sensoriels et sans attaques convulsives, atteinte à la suite d'une émotion morale d'un spasme inspiratoire tout à fait caractéristique. Si les antécédents héréditaires et personnels de la malade ne fournissaient pas des preuves certaines de l'existence de tares névropathiques, on serait peut-être fort embarrassé pour rattacher le reniflement rythmique à sa véritable cause, car l'hystérie ne s'affirme ici par aucun de ses stigmates permanents habituels. Retenez cette particularité, qui n'est pas aussi exceptionnelle que vous pourriez le croire dans l'histoire des spasmes hystériques et, d'une façon plus générale, dans l'histoire des accidents locaux de l'hystérie.

(A suivre.)

---

réchal Moncey, Dufour accepta avec plaisir l'emploi de médecin ordinaire au quartier général du corps d'armée.

Son intention fut d'abord de ne s'absenter que pour un an, mais une série de circonstances imprévues et inhérentes à la guerre, la tendance alors générale des esprits vers l'état militaire, l'habitude qu'il contracta « d'observer et d'écrire malgré le bruit et l'instabilité des armes, l'amitié de quelques personnes haut placées » qui favorisèrent ses recherches, les succès constants de l'armée dans laquelle il servait, et aussi une sorte d'indépendance, enchaînèrent de plus en plus Dufour dans cette carrière tumultueuse qu'il suivit pendant près de sept ans.

Dans la prévision que sa collection d'insectes, fruit de constantes recherches pendant plusieurs années, serait inévitablement condamnée à se détériorer et à se perdre durant une absence dont il était difficile de calculer la durée, il proposa à son correspondant Jockisch (de Nuremberg) l'échange de cette collection contre des livres d'entomologie. Le naturaliste allemand accepta l'offre, et c'est alors que la bibliothèque de Dufour s'enrichit du bel ouvrage : *Les Fascicules de Panzer*, et des principaux livres descriptifs de Fabricius, de Duffschmith, etc.

Voici Dufour devenu médecin militaire, et ces nouvelles fonctions il les remplit avec tout le zèle, tout le cœur, toute la rectitude d'esprit, toute la conscience de l'honnête homme et du vrai patriote. On peut en juger par la lecture de son JOURNAL DE CAMPAGNE, qu'il rédigea jour par jour(1), et avec assez de détails pour que le général en chef de l'armée d'Aragon, Suchet, duc d'Albuféra, le lui ait fait demander et l'ait mis à contribution quand il songea à publier ses propres *Mémoires*.

Nous n'accompagnerons pas Dufour dans ses marches et contremarches à la suite de l'armée. Contentons-nous d'indiquer les grandes lignes de son itinéraire.

Parti de Saint-Sever le 22 mars 1808, il se rendit à Madrid en passant par Irun, les provinces basques et la Vieille-Castille, faisant les deux tiers de la route à pied. Il séjourna à Madrid du

(1) Dufour ne quitta qu'une seule fois l'armée pendant une quinzaine de jours pour aller revoir son père; et si on ajoute une maladie de plus de deux mois qui faillit l'emporter, on connaîtra la cause justificative des deux lacunes qu'a pu présenter son journal.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'ECTOCARDIE ET DE SA CURE PAR L'AUTOPLASTIE (1), par M. le professeur LANNELONGUE.

Ce fut en 1826 que Breschet publia un important mémoire sur l'ectopie cardiaque, c'est-à-dire « sur les anomalies de situation et de connexion du cœur dépendant d'une organisation primitive » (2).

Rassemblant la presque totalité des faits publiés, Breschet les soumet à de judicieux commentaires, puis il en ajoute d'autres qui lui sont propres et qui lui permettent de créer un nouveau genre, l'ectopie céphalique, dans laquelle le cœur reste adhérent à la tête. Il cite, à ce propos, le cas d'un cœur fixé dans la bouche. Bref, sauf la pathogénie que Breschet ne pouvait résoudre, faute de connaissances spéciales d'embryologie, l'histoire naturelle de l'ectopie du cœur fut alors magistralement exposée Quelques années plus tard, J.Geoffroy Saint-Hilaire la compléta, et on peut trouver dans son atlas, ainsi que dans l'atlas beaucoup plus récent d'Ahlfeld, la relation d'un assez grand nombre de faits d'ectopie cardiaque.

Loin de moi la pensée d'étudier et de rappeler les variétés ou même les genres des déplacements congénitaux du cœur. Mon dessein est de donner la relation d'un cas unique à certains égards et dont l'intérêt se concentre sur les deux particularités suivantes.

Breschet, et plus tard Geoffroy-Saint-Hilaire, avaient posé cette règle, reproduite en 1882 par Ahlfeld : toute ectopie du cœur dans laquelle cet organe n'est pas recouvert par les téguments entraine la mort peu de temps après la naissance, quelques heures ou quelques jours plus tard.

Cette opinion paraissait absolue, puisqu'elle reposait sur l'observation de faits positifs, les cas de Weese (3), de Martinez (1), de Sandifort (2) et d'autres plus récents encore. Cependant on pouvait concevoir, *a priori*, qu'il en fut autrement : en effet, ces sujets n'étaient-ils pas, en général, nés à terme et vivants? Or, s'ils avaient vécu un certain nombre d'heures ou de jours, ne pouvaient-ils pas continuer leur existence, et l'art ne devait-il pas chercher à réaliser ce but?

Le fait dont je viens donner la relation succincte est un exemple plein d'encouragements sur ce point.

Le 15 février 1888, on me présente, à l'hôpital Trousseau, une fille âgée de six jours, d'apparence chétive, prenant assez bien le sein et dont les diverses fonctions paraissent normales. Toutes les parties du corps sont bien conformées, sauf le thorax. On découvre, en effet, sur la face antérieure de la poitrine, vers la partie moyenne du sternum, une ulcération circulaire et médiane de dimensions supérieures à celles d'une pièce de 1 franc.

Elle est limitée par un bourrelet cutané rouge, faisant autour d'elle un relief circonférentiel assez saillant et présentant en certains points quelques fissures qui lui donnent un aspect mamelonné. Cette ulcération présente en son milieu et profondément une membrane d'aspect jaunâtre qui paraît en voie de mortification; cette membrane obstrue complètement l'orifice et est sur le point de tomber; elle est même flottante et détachée en quelques endroits, surtout à la partie inférieure; le cœur la soulève et le sommet des ventricules vient battre à l'extérieur. Lorsqu'on applique le doigt sur les ventricules on sent le durcissement de ces organes et les pulsations cardiaques. Je me borne, pour le moment, à cette simple mention, car une étude physiologique plus complète est exposée plus loin.

L'examen du thorax révèle les particularités suivantes :

Les extrémités internes des deux clavicules se terminent par une tête articulée en bas avec la première côte et paraissant libre en dedans et en haut : l'intervalle qui les sépare est de trois centimètres et le sternum fait défaut entre ces extrémités. Le sternum manque aussi dans la portion centrale, on

(1) Ce travail a été communiqué à l'Académie des Sciences le 7 mai.

(2) Breschet, *Mémoire sur l'ectopie de l'appareil de la circulation*, (RÉPERTOIRE GÉNÉRAL D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES, 1826.)

(3) Weese, *in Walteri mus. anat.*, p. I, p. 125, nº 826; cité IN MÉM. DE BRESCHET, p. 13.

(1) Martinez, *Halleri, Disput. anat. selec.*, vol. II, p. 973; cité IN MÉM. DE BRESCHET, p. 14.

(2) Sandifort, *In actis Helveticis*, vol. VII, p. 59; cité IN MÉM. DE BRESCHET, p. 14.

---

12 avril au 31 juillet. Durant le trajet et pendant ces trois mois et demi de séjour dans la capitale de l'Espagne, Dufour avait fait des récoltes botaniques et réuni un grand nombre d'échantillons entomologiques. Obligé de repartir brusquement, il réduisit ses effets à une simple valise, et, de concert avec ses hôtes, il cacha le reste et ses collections dans le galetas de leur maison ; ils lui promirent, si les temps devenaient meilleurs, de les lui expédier. Ils tinrent parole, car ses trésors de naturaliste lui advinrent six mois après à Tudela de Navarre : « Honneur et gratitude, ajoute Dufour, à la foi castillane qui était bien méritoire, car il y avait peine de mort contre les recéleurs d'objets français ! » On rebroussait chemin par une retraite précipitée vers Logrono sur l'Èbre, aux confins de la Navarre. C'est là que Dufour retrouva le quartier général le 29 août. Durant cette retraite, notre héros passa souvent les nuits à la belle étoile, au milieu des gerbes entassées dans les champs, logeant des bouts de plantes dans un *portefeuille pectoral*, piquant des insectes au fond de son chapeau qu'il avait doublé dans ce but d'une rondelle de liège, tandis que son crayon toujours actif inscrivait sur un carnet ses impressions à chaque gîte d'étape. Et cette retraite s'effectua cependant au milieu des plus grands dangers. Les traînards, les soldats isolés, étaient massacrés sans merci.

Après un séjour de plus de deux mois en Navarre, Dufour rejoint le gros de l'armée qui assiégeait Saragosse. Le 11 décembre, Dufour interrompt son journal. Tombé malade à Tudela d'une fièvre ataxo-adynamique grave, il ne fut rétabli qu'au commencement de mars 1809. Dufour resta dix-neuf mois dans cette ville de Tudela, soignant les blessés ou malades évacués de Saragosse et d'ailleurs. Il y avait acquis aux yeux des habitants le titre de citoyen, à telles enseignes qu'on parlait de l'y marier « avec une jeune, riche et jolie demoiselle aux yeux noirs », quand il fut obligé d'aller reprendre son poste au quartier général de l'armée d'Aragon.

Le 8 juillet, il quitte Saragosse pour se diriger sur Tortose qu'on va assiéger et que l'on prit d'assaut, un peu par surprise, le 2 janvier 1811. Le 14 janvier, Dufour revient vers Saragosse, d'où il repart le 23 avril, suivant l'armée qui va assiéger Tarragone. Cette ville fut prise le 28 juin. On y entra sur des milliers de cadavres dont la putréfaction constituait un véritable danger. Dufour fut chargé d'aviser aux moyens de les faire disparaître le plus promptement possible : « La nature du sol, où le rocher était

plutôt il existe une fissure médiane du thorax et on peut tout au plus avancer qu'une moitié du sternum existe de chaque côté, devant les extrémités costales. Ce qui semble faire croire, en effet, à l'existence des deux moitiés du sternum, c'est que l'extrémité antérieure des côtes n'est pas isolée et libre sur la ligne médiane; au toucher, on peut reconnaître de chaque côté une travée verticale et oblique, de haut en bas et de dehors en dedans, laquelle travée réunit les côtes. Les deux moitiés du sternum viennent se joindre au-dessous de l'ulcération déjà décrite et forment là un véritable appendice xyphoïde. On sent, en effet, au-dessous de l'ulcération, un appendice triangulaire, résistant, cartilagineux. La bifidité du sternum n'est donc pas totale. D'un appendice xyphoïde médian partent de chaque côté deux moitiés de sternum qui s'écartent en laissant entre elles un espace ayant la forme d'un triangle isocèle dont le côté serait de quatre centimètres et la base, correspondant à l'espace interclaviculaire, de trois centimètres seulement. L'ulcération se trouve inscrite dans ce triangle.

Quand l'enfant respire, il se fait, dans l'espace interclaviculaire et au-dessous, un changement de forme remarquable. Au moment de *l'inspiration*, affaissement complet de la partie médiane, surtout au-dessus de l'ulcération et dans la région cervicale où se forme un creux d'un demi-pouce de profondeur.

Au moment de *l'expiration*, en même temps que l'enfant crie, cette partie est soulevée et forme une surface bombée.

Dans un espace de deux centimètres autour de l'ulcération, la peau est rouge; sur le reste de la face antérieure du thorax et sur l'épaule existe une desquamation épithéliale remarquable.

Du côté des parents on ne trouve aucun antécédent fâcheux; le père et la mère sont jeunes et bien portants; on ne découvre pas de traces de syphilis ni de tuberculose. La mère a eu deux autres enfants bien portants. La dernière grossesse a été exempte de complications et l'accouchement a été régulier et simple.

17 février. — L'apparence des parties a changé; la membrane jaunâtre qui obstruait en partie l'ulcération cutanée et qui était placée à la partie profonde de cet orifice, s'est détachée et on n'en voit plus trace; la paroi ventriculaire s'engage à travers l'ulcération cutanée, de telle sorte que la pointe du cœur vient battre au dehors et en avant du thorax, reposant sur le bord inférieur cutané de l'ulcération. La face antérieure des ventricules est, peut-on dire, toute entière exposée et la direction du cœur verticale en même temps qu'oblique, d'avant en arrière, de la pointe à la base. La base du cœur occupe l'espace sous-cutané placé entre les clavicules; c'est à la partie inférieure de la région cervicale que la base des oreillettes forme une surface bombée.

La surface des ventricules est d'un rouge sombre et on voit sur leur face antérieure, près de la pointe, un bourgeon végétant qui semble se dessiner.

J'ai pu passer avec précaution un stylet mousse en arrière des ventricules dans tous les sens, sauf vers la base; il ne paraissait pas y avoir de péricarde.

18 février. — Même apparence des parties, sauf que l'anneau cutané qui borde l'ulcération présente un bourgeonnement très actif; la paroi ventriculaire offre, elle aussi, un état pareil plus accusé que la veille.

Du 19 au 22 février. — L'orifice cutané s'est rétréci; de gros bourgeons en partent et vont sur les bords des ventricules et vers la paroi postérieure de cet organe; les ventricules et la pointe du cœur sont plongés dans le tissu végétant et soulevés par les bourgeons charnus. Sur la face antérieure de la paroi ventriculaire on remarque plusieurs gros bourgeons prêts à s'unir aux précédents.

Dans ces circonstances, la question d'une intervention chirurgicale ne devait-elle pas se poser? En abandonnant les choses à elles-mêmes, il devenait évident que le travail de réparation allait porter sur la paroi ventriculaire elle-même. Non seulement cette paroi allait devenir adhérente au nouveau tissu de cicatrice, mais elle était vouée à faire partie de la cicatrice elle-même, car l'anneau cicatriciel périphérique uni aux bords latéraux des ventricules dans une grande étendue, devait ultérieurement être l'objet d'une rétraction telle qu'il y avait là les meilleures raisons de craindre que la paroi cardiaque ne fût enserrée dans cet anneau rétractile. De toutes les manières, il y avait à redouter des complications graves au point de vue des troubles circulatoires ultérieurs et de la constitution d'une cicatrice à l'extérieur du corps dont la paroi cardiaque faisait partie intégrante.

Pour ces motifs, et malgré les avis de quelques-une de mes

très superficiel, rendait l'inhumation impraticable; la submersion à la mer était une ressource précaire, les flots pouvant rejeter les cadavres sur la côte; évidemment, la combustion était le seul moyen expéditif et efficace. » Dufour ordonna donc la construction de plusieurs bûchers considérables, soit hors des murs, soit sur les places de la ville. La base de ces pyramides était composée de madriers, de poutres et de gros bois secs qu'on trouvait facilement dans les maisons ou qui avaient servi aux blindages. Cette couche inférieure était recouverte de sarments, de fascines et de menu bois. Au-dessus de ces matériaux, très combustibles, on déposait une couche de cadavres, avec la précaution de ne pas les juxtaposer trop immédiatement. Une nouvelle couche de fascines était garnie d'une autre couche de cadavres, et ainsi de suite, de manière à former des bûchers pouvant détruire trois ou quatre cents morts. On avait aussi la précaution de disséminer des cartouches dans toute la masse; la combustion fut très complète, la base de chaque bûcher constituant un brasier très ardent et suffisamment durable; le nombre des cadavres brûlés dépassa quatre mille. Voilà donc un précédent des plus sérieux aux services que la crémation peut rendre en temps de guerre.

Le 8 août 1811, Dufour obtint un congé pour aller revoir sa famille; il traversa l'Aragon, arriva à Pau le 14, et le 17 il était à Saint-Sever, où il ne passa que dix jours.

Le 23 septembre, lorsque Dufour arriva à Saragosse, le quartier général était parti pour Valence dont on avait décidé de faire le siège; il le rejoignit vers le milieu d'octobre, avant Murviedro.

Valence capitula le 9 janvier 1812. Dufour réussit à sauver la liberté et peut-être même la vie au professeur de botanique, Vincent Lorente, âgé de 60 ans, qui s'était mis à la tête des étudiants armés. Oh! les vertus des plantes!...

Le 14 juillet, Dufour part pour Méquinenza, dans l'Aragon, afin d'y constater une épidémie (fièvre d'hôpital), qui se trouva guérie à son arrivée. Le 22 juillet, il rentrait à Valence, d'où le mouvement de recul devait commencer l'année d'après. Le 4 juillet 1813, les hôpitaux furent évacués sur Murviedro; puis on gagne Tortose, Tarragone, Barcelone, où l'on reste du 27 août 1813 au 9 janvier 1814.

Le 28 février, Dufour, ayant appris la mort de son père, obtint un congé sous la forme d'une mission auprès du corps médical de l'armée du général Soult. Il arrive à Toulouse, après le combat

élèves et de jeunes confrères qui m'entouraient, je me résolus à pratiquer une opération le 24 février.

Mais avant de la décrire et de donner le résultat définitif obtenu, je crois indispensable de compléter l'observation en donnant les résultats de recherches physiologiques intéressantes, après lesquelles j'aborderai la question de pathogénie proprement dite.

Sur le jeune sujet, le cœur étant à nu, nous avons pu vérifier par le toucher que le doigt directement appliqué sur le ventricule est repoussé au moment où cet organe diminue de volume et durcit, c'est-à-dire durant la contraction ventriculaire. Nous avons également constaté que le battement est perçu sur toute l'étendue des ventricules et non à la pointe seulement. Ces faits ont été recherchés et vérifiés bien antérieurement à l'exemple actuel par l'éminent physiologiste Marey, dans un cas d'ectopie abdominale sous-cutanée (1).

Le professeur Potain et M. François Franck ont bien voulu, sur ma demande, prendre le graphique des battements du cœur, et voici la note qu'ils m'ont remise en même temps que le tracé lui-même.

« 1° Les pulsations enregistrées au moyen des appareils à transmission par l'air de M. le professeur Marey, sont des pulsations ventriculaires, et, d'après la position de l'explorateur, des pulsations de la base du ventricule droit ;

« 2° Aucun signe de malformation cardiaque n'a été constaté par la cardiographie ou par l'auscultation ;

« 3° L'application des appareils, faite avec la précaution voulue, sur la région découverte du cœur, a toujours provoqué des manifestations non douteuses de malaise, sinon de douleur. Aussi les courbes cardiographiques sont-elles combinées à des courbes respiratoires très accentuées : à chaque cri le cœur refoulé en avant soulève l'explorateur et la courbe subit une ascension générale très marquée ; l'inspiration brusque et profonde qui fait suite à l'effort s'accuse par une dépression rapide de la courbe : ou a, en d'autres termes, l'indication des variations de la pression médiastine subordonnées aux mouvements respiratoires modifiés par les cris avec effort et par l'inspiration profonde. »

(1) Marey. *Rapport sur un cas d'ectopie congénitale du cœur*, in *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, 1883, 2e série, T. XII, p. 1208.

Le fait que je viens de rapporter n'offre en lui-même aucun élément permettant de remonter au mécanisme de l'ectopie, mais n'en est-il pas ainsi le plus souvent dans la plupart des anomalies ? En général, les cas les plus simples, je veux dire les moins compliqués, sont ceux autour desquels existe la plus grande obscurité. Ce sont de préférence les cas les plus complexes qui fournissent les éléments les plus nombreux pour l'appréciation et l'interprétation des troubles tératologiques. En rapprochant ces derniers des autres, on constitue des séries, tout d'abord incomplètes, mais que l'observation ne tarde pas à remplir, lorsqu'on a pu en fixer les termes extrêmes ; l'évolution du cœur en ectopie n'échappe pas à ces données. Que des connexions anormales s'établissent entre le cœur et les parties embryonnaires voisines durant la période où le cœur primitivement compris dans le ressort de la tête se trouve déplacé dans le cou et plus tard repoussé dans le thorax, et l'on aura une ectopie désormais permanente, cervicale, thoracique ou cervico-thoracique.

Il est aussi certain que, fréquemment, les ectopies abdominales ont pour cause une adhérence du péricarde au cœur avec l'intestin, le cordon ombilical ou la vésicule ombilicale. On observe, en effet, très souvent, des malformations complexes de la région sus-ombilicale : hernie sus-ombilicale, éventration, fissure de la paroi thoracique, en même temps qu'une ectopie cardiaque. Breschet et Ahlfeld en ont cité des exemples ; A. Broca, prosecteur de la Faculté, m'en a montré un, et j'en possède moi-même un cas. L'époque où s'établissent ces adhérences intrinsèques, c'est-à-dire dans divers tissus embryonnaires, entre la vésicule ombilicale, par exemple, le péricarde et l'extrémité céphalique, peuvent expliquer la fissure sternale concomitante. En effet, la formation des côtes et du sternum n'a lieu que postérieurement, c'est-à-dire dans le cours du second mois, et l'on sait que dans la deuxième moitié du second mois, chez l'homme, le cœur a pris sa place dans la poitrine (1). Par conséquent, il faut que les connexions s'établissent antérieurement pour que l'ectopie se produise.

Mais, à côté de ces adhérences embryonnaires *intrinsèques*, certaines ectopies, et en particulier les *ectocardies*, ont aussi

(1) A. Kolliker-Embryologie, traduit par Schneider et H. de Lacaze-Duthiers, 1882.

---

d'Orthez, et est obligé de rebrousser chemin pour rejoindre son quartier général, alors à Perpignan, d'où il le suivit à Narbonne. C'est là que l'abdication de l'Empereur fut annoncée à l'armée.

Dufour arrive jusqu'à Montpellier, où il revoit les botanistes Gouan et de Candolle, puis revient sur Carcassonne et Toulouse, d'où il devait gagner Saint-Sever.

Durant cette période agitée de la vie militaire, durant ce septennat, Dufour, est-il besoin de le dire, reste l'homme du devoir. Le soin des blessés, les services d'hôpital, l'occupent avant tout. C'est le philanthrope, le médecin par excellence. Mais l'observateur ne disparaît jamais derrière le médecin. Il voit tout, note tout, même en dehors de sa besogne ordinaire (qu'il s'agisse d'agriculture, d'hygiène des habitations, de combats de taureaux, etc). Et durant les marches, durant les heures de loisirs que peuvent lui laisser les vicissitudes et les intervalles des batailles, Dufour sait employer son temps à satisfaire sa passion jamais éteinte de naturaliste.

Cette passion lui fait maintes fois oublier toutes les mesures de prudence destinées à sauvegarder sa sécurité personnelle. En somme, le butin de guerre de Dufour durant sa « campagne presque septennale ne consista ni en caissons de quadruples, ni en lingots d'argent, ni en pierres précieuses, ni en tableaux de prix ». Il récolta « tout simplement des paquets de plantes et des boîtes d'insectes, dépouilles qui ne coûtèrent à personne ni une plainte ni une larme ».

Cette partie de son Mémorial, de beaucoup la plus longue, qu'il a consacrée à la relation de sa campagne médico-militaire, Dufour n'a eu garde de la clore sans donner ce qu'il appelle si gracieusement une *caresse de plume* aux notabilités scientifiques et militaires que les déplacements et les hasards de la guerre lui ont fait rencontrer. Et ces notabilités sont nombreuses ! Nous citerons les maréchaux Moncey, Suchet, Valée, Bugeaud, alors simple lieutenant ; des généraux en nombre bien plus considérable, depuis son compatriote Lamarque jusqu'à Haxo, Harispe, Casale, Musnier, etc., le grand chirurgien Larrey ; les botanistes Mariano Lagasca, Pablo Lallave, José Rodriguès, l'entomologiste Pedro Noboa, etc.

Dufour se sépara enfin le 21 juin, mais les larmes aux yeux, de ses confrères de la médecine militaire qui voulaient le retenir. Il préférait rentrer dans ses pénates et « vivre sans ambition » avec

pour cause des adhérences extrinsèques, c'est-à-dire de l'embryon avec ses annexes, l'amnios, par exemple. La preuve en est fournie par quelques faits, ceux où la pointe d'un cœur placé en dehors du thorax était attachée à une adhérence dont l'extrémité n'avait aucune insertion sur le fœtus lui-même.

Mais il y a aussi une preuve indirecte, c'est l'existence de prolongements cutanés filiformes implantés sur le milieu du thorax. J'en possède deux exemples que j'ai fait dessiner, pris sur des nouveau-nés. L'un est implanté sur le thorax même; l'autre sur la ligne médiane de l'abdomen. Sur le premier, l'adhérence formait un prolongement fibro-cutané de 1 centimètre de long; il paraissait adhérer au sternum. Ce sont, à n'en pas douter, des vestiges d'adhérences amniotiques avec la paroi thoracique et abdominale. Or, si l'amnios vient à adhérer au péricarde ou au cœur lui-même, alors que cet organe n'est recouvert que par une mince cuticule, la *membrane unissante de Ratke*, c'est-à-dire pendant le premier mois, on comprend que ces adhérences interposées aux côtes et aux deux moitiés du sternum qui les unissent empêchent la soudure de ce dernier os, d'abord, et plus tard entraînent le cœur au dehors, à travers une perforation du tégument proportionnelle au volume du cœur ou à celui de l'adhérence. C'est ainsi qu'on doit expliquer, à mon sens, les ectocardies.

L'opération décidée, et j'en ai donné plus haut les raisons, deux projets se présentaient à mon esprit.

On pouvait recourir à une méthode autoplastique consistant à placer au-devant du cœur un lambeau cutané renversé de manière à mettre la surface épidermique du tégument en rapport avec la paroi ventriculaire; on aurait ainsi évité les adhérences du cœur et du lambeau. Je rejetai ce projet parce qu'il était trop important pour un sujet de quinze jours, parce qu'il pouvait amener une trop grande perte de sang et qu'il avait de nombreuses chances d'échec. Et puis je pensais qu'on pouvait obtenir un résultat aussi satisfaisant par un procédé beaucoup plus simple, plus rapide et probablement aussi sûr dans ses résultats. Il me sembla que si je fermais l'orifice cutané, à l'aide de lambeaux cruentés par leur face profonde, les mouvements du cœur suffiraient à empêcher les adhérences d'être trop serrées et qu'il se ferait même un espace séreux conforme aux besoins de la fonction cardiaque.

Deux incisions verticales furent faites de chaque côté de l'anneau cicatriciel, à 1 centimètre 1/2 en dehors de la surface ulcérée. Les deux lambeaux latéraux ainsi formés furent mobilisés suffisamment pour que leurs bords internes pussent se rapprocher au-devant du cœur. Les bases adhérentes de ces lambeaux, en forme de pont, assuraient largement leur vitalité. Leurs bords affrontés furent réunis par trois points de suture au crin de Florence. L'enfant n'avait perdu que quelques gouttes de sang. Son état général ne fut nullement troublé et bien que je n'aie pas obtenu directement une adhésion complète des deux bords suturés, la plaie était entièrement cicatrisée en moins de vingt jours.

Le 24 avril, deux mois après l'opération, l'enfant est parfaitement bien portante et la région du cœur se présente sous l'aspect suivant :

La cicatrice médiane, provenant de la réunion des lambeaux, est linéaire et à peine visible; la poitrine est fermée par le tégument externe comme à l'état normal. De chaque côté, on voit aussi deux autres cicatrices verticales, traces des incisions et du déplacement des lambeaux. Les battements du cœur soulèvent la peau et les formes de cet organe se dessinent à chaque systole. On peut même prendre les ventricules entre les doigts. Mais ce qui est remarquable au point de vue du résultat opératoire, c'est que le tégument glisse librement au devant du cœur; on peut facilement le plisser et le pincer. Le cœur est libre dans un espace où ses mouvements ne sont nullement entravés.

En définitive, l'opération a amené la transformation d'un cas d'ectocardie en une ectopie sous-cutanée. Il est encore possible que cette ectopie, qui est extra-thoracique, devienne, dans l'avenir, intra-thoracique, par suite du développement du cœur. En effet, on remarque que cet organe ne soulève pas le tégument d'une manière permanente, et on comprend qu'à un moment donné, un défaut d'harmonie entre le développement du cœur et la fistule sternale ne permette plus à ce dernier de venir battre sous la peau.

---

ses chères collections et la clientèle que lui avait léguée son père.

D^r ALBERTUS.

(A suivre.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 4 juin 1888, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, du lundi 30 avril au samedi 26 mai 1888 inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1888; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1892.

— *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 juin 1888, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, du lundi 7 mai au samedi 2 juin 1880 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1888; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1886.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Par arrêté du 3 mai 1888, la chaire de physiologie de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le prix Duparcque pour 1888 sera décerné au meilleur travail, *manuscrit et inédit*, sur un sujet quelconque de pathologie chirurgicale. Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1889.

Le prix sera de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

LE SULFONAL, UN NOUVEAU MÉDICAMENT SOMNIFÈRE, par le professeur A. KAST, de Fribourg. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 16, p. 309.)

Le sulfonal, produit de la combinaison de l'éthylmercaptan et de l'acétone a pour formule : $(CH^3)^2 C, (CO^3C^2H^5)^2$. Le professeur Baumann, de Fribourg, qui a le premier réalisé cette combinaison, lui a donné le nom de *diethylsulfondimethylmethan*, par application des principes qui régissent la terminologie chimique. Le nom de *sulfonal* n'a été substitué à ce terme par trop long que pour la seule commodité du langage.

Le sulfonal se présente sous la forme de tablettes cristallines, incolores, inodores et insipides. Ces cristaux se dissolvent dans 18 à 20 fois leur poids d'eau bouillante. A une température moyenne, il faut plus de 100 parties d'eau pour dissoudre 1 partie de sulfonal. Celui-ci se dissout plus facilement dans l'alcool et dans l'éther alcoolisé. Il n'est attaqué, ni par les acides, ni par les bases, ni par les agents d'oxydation en général : acide sulfurique concentré, acide azotique fumant, eau régale, chlore, brome, etc., à froid comme à chaud.

Une série d'expériences, dont je vais rendre compte, ont conduit M. Kast à présenter le sulfonal comme un médicament somnifère d'une grande valeur, quand il est employé dans des circonstances déterminées; celles-ci seront indiquées plus loin.

Expériences sur les animaux. — Une première fois, le sulfonal a été administré à un chien, à raison de 2 gr. de substance médicamenteuse pour un poids corporel de 10 kilog. Environ une demi-heure ou trois quarts après l'ingestion du médicament, l'animal, qu'on avait laissé en liberté, présentait des désordres des mouvements, aux membres inférieurs surtout. Ces désordres, que l'auteur qualifie d'ataxiques, envahissaient ensuite les membres antérieurs et le tronc; l'animal avait beaucoup de peine à se maintenir en équilibre, quand il marchait devant lui. L'incoordination motrice allait en augmentant; bientôt, l'animal titubait en marchant comme s'il était ivre; il se heurtait contre les objets qu'il rencontrait sur son chemin. Finalement, il tomba sur le sol sans pouvoir se redresser sur les pattes. Dans cette position, il ne tarda pas à s'assoupir; cet assoupissement fit place à un sommeil profond et calme, d'assez longue durée. Au sortir de ce sommeil, l'animal présentait encore une certaine incertitude dans les mouvements. Puis il redevenait alerte, se remettait à manger, et bientôt il ne restait plus aucune trace d'un effet consécutif à l'ingestion du sulfonal.

En répétant l'expérience sur d'autres animaux, notamment sur des chiens robustes, il s'est fait voir que l'effet somnifère du sulfonal ne se manifeste pas toujours; tout s'est réduit, assez souvent, aux désordres ataxiques signalés plus haut. Ceux-ci, d'après leur caractère, étaient, selon toute apparence, le résultat d'une action du médicament sur l'écorce grise cérébrale.

Ayant acquis la preuve de l'immunité relative du sulfonal, par un grand nombre d'expériences faites sur des animaux, M. Kast se décida à expérimenter le nouveau médicament chez l'homme. Une première série d'observations a porté sur une vingtaine de sujets bien portants, hommes vigoureux d'âge moyen, parmi lesquels sept médecins. Il s'en est dégagé cette première conclusion, que le sulfonal, administré à un adulte, à la dose de 3 à 4 gr., ne produit aucun effet fâcheux immédiat ou consécutif. Voici les modifications fonctionnelles qu'un étudiant, qui s'était prêté à ces expériences, a notées sur lui-même, après ingestion de 3 gr. de sulfonal :

C. B., vingt-huit ans. Dîner à 1 h. de l'après-midi. — A 3 h. 45 : P. 84, R. 17, T. 37°. — A 4 h., ingestion de 3 gr. de sulfonal. — A 4 h. 15, P. 85. — A 4 h. 50, P. 83. — A 5 h. 15, P. 85; sensation de pesanteur dans la tête, somnolence. — A 5 h. 45, la somnolence persiste; P. 86. — A 6 h. 15, la pesanteur de tête est moins prononcée; P. 80. — A 6 h. 45, P. 60. — A 7 h. 15, P. 86. — A 8 h. 15, P. 83; la somnolence et la pesanteur de tête sont de nouveau en voie de s'accentuer. — A 9 h. 15, P. 82; la somnolence persiste, mais elle se dissipe finalement, le sujet, au lieu de céder au sommeil, s'étant rendu dans une société distrayante. Nuit calme. Au réveil, pas la moindre trace d'un effet désagréable.

Les résultats ont été, à peu de chose près, les mêmes chez la plupart des personnes *bien portantes* qui se sont soumises à ces expériences. Chez un petit nombre seulement, un sommeil profond, de plusieurs heures de durée, a fait suite aux effets ci-dessus relatés. D'autres, pour la plupart des convalescents qui relevaient d'affections chirurgicales, n'ont rien ressenti du tout.

Des essais ont été faits ensuite avec le sulfonal chez une soixantaine de malades, pour la plupart des névropathes en proie à des insomnies nerveuses, des malades atteints d'une affection cérébrale. Dans le nombre, il se trouvait quelques cas d'insomnie chez des vieillards, et des cas d'insomnie en rapport avec une affection fébrile aiguë, ou encore avec une affection cardiaque. Dans un seul cas excepté, dont il sera reparlé plus loin, l'effet somnifère a été obtenu d'une façon constante.

Voici comment les choses se passaient habituellement.

Une demi-heure au moins, deux heures au plus après l'ingestion du médicament (dose, 2 ou 3 gr.), il se produisait un sommeil calme, de cinq à huit heures de durée, au sortir duquel les malades se sentaient réconfortés sans éprouver le moindre effet désagréable, sauf quelquefois une sensation de fatigue légère. Pendant le sommeil, le pouls et la respiration étaient simplement un peu ralentis, comme il arrive pendant le sommeil physiologique. La médication n'a jamais causé de troubles digestifs, voire qu'elle a été bien supportée par un malade qui souffrait d'un catarrhe aigu de l'estomac. Il ne s'en est jamais suivi le moindre trouble de la motilité, comparable aux désordres ataxiques signalés plus haut.

Pour ce qui concerne spécialement l'action du sulfonal sur la pression sanguine, un collègue de M. Kast, M. Kries, a fait des expériences sur des chiens, et il en est résulté la preuve que, chez ces animaux, l'administration de fortes doses de sulfonal n'entraîne pas d'abaissement de la pression intra-vasculaire.

Des déterminations graphiques, faites avec un appareil enregistreur qui permet de mesurer avec précision la force du pouls chez l'homme en vie, ont également fourni la preuve que le sulfonal, administré même à hautes doses, n'exerce aucune influence fâcheuse sur le cœur et les vaisseaux. Le

médicament a été administré à une femme de trente ans, qui présentait les signes d'une insuffisance aortique et d'un rétrécissement mitral. Le pouls était petit, irrégulier et accéléré ; il existait un infarctus pulmonaire en voie de régression; avec cela de l'insomnie.

On fit prendre à la malade, à quatre jours de distance, deux doses de 1 gramme de sulfonal. Le résultat fut très satisfaisant ; il ne se produisit ni accélération du pouls, ni aggravation des autres troubles cardiaques.

Enfin, des analyses spectrales et microscopiques ont démontré que le sulfonal, même quand il est administré à un animal à doses toxiques, n'altère pas les éléments constituants du sang.

Il ne paraît pas non plus que le médicament soit de ceux dont l'usage entraîne une prompte accoutumance, du moins d'après les observations faites jusqu'à ce jour, mais qui n'embrassent pas une période assez longue pour autoriser un jugement définitif.

Le mode d'administration du médicament est des plus simples. On le fait prendre en nature, par prises de 1 gramme, enrobé dans du pain azyme ou en suspension dans de l'eau. Son insipidité dispense de l'emploi d'un correctif et facilite en outre l'administration du sulfonal aux personnes qui se refusent à prendre des médicaments, aux déments, par exemple. En de telles circonstances, on fera tout simplement absorber le sulfonal en suspension dans du lait chaud, du thé, ou dans quelque autre boisson, en ayant soin de faire réduire au préalable la substance médicamenteuse en poudre très fine.

Les modifications que subit le sulfonal dans l'organisme ne sont pas encore bien connues. Une chose est certaine, c'est que le médicament est éliminé en majeure partie sous forme d'une autre combinaison sulfurée (acide sulfonique). On ne connaît pas de réaction caractéristique, permettant de constater la présence du sulfonal dans les urines.

En résumé, M. Kast estime que nous possédons dans le sulfonal un médicament somnifère d'une grande innocuité et dont l'emploi est indiqué surtout dans les cas où il y a lieu *d'appuyer* le besoin de sommeil qui se manifeste avec sa périodicité normale ; mais le sulfonal peut aussi provoquer ce besoin.

Il a été question plus haut d'un malade réfractaire à l'action somnifère du sulfonal. C'était un homme de 72 ans, affecté d'une paraplégie grave, frappé dans la suite de démence, et qui était en proie à une violente agitation qui durait nuit et jour. On ne réussissait à le calmer qu'en lui faisant prendre du chloral.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelle méthode de traitement de la diphthérie, par M. le docteur Guelpa.

Si l'on cherchait un exemple propre à caractériser la mobilité des théories médicales et la variabilité parallèle des méthodes thérapeutiques, on le trouverait assurément dans l'histoire de la diphthérie et dans l'exposé des médications qui ont été successivement préconisées pour le traitement de cette redoutable maladie.

Sans remonter au delà de quelques années, n'avons-nous pas vu défiler un grand nombre de procédés ou de médicaments qui ont eu chacun leur moment de vogue, suivi bientôt d'un oubli qui semble définitif pour la plupart d'entre eux ? A l'origine de toutes ces tentatives, on retrouve cependant une idée commune qui n'est autre que l'indication de modifier et de détruire sur place l'agent infectieux dont la fausse membrane est la représentation matérielle.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail fastidieux de leur énumération, nous bornant à faire remarquer que l'indifférence qu'elles rencontrent aujourd'hui s'explique trop bien par une série de déceptions et d'insuccès qui ont infirmé, pour ainsi dire complétement les promesses de leurs débuts. Présentement, à part la trachéotomie, qui est une ressource imposée par la nécessité, et à part la pratique, encore assez répandue, des cautérisations que chacun emploie suivant les inspirations de son expérience personnelle, on peut dire qu'il ne reste presque rien de ces différentes méthodes, au moyen desquelles d'honorables médecins ont cru, à différentes époques, pouvoir résoudre le problème difficile de la guérison de la diphthérie.

Un pareil sort est-il réservé à la méthode que M. Guelpa vient préconiser à son tour, en se réclamant d'une expérimentation déjà assez étendue pour imposer l'attention, sinon pour entraîner la conviction ? Elle se présente sous des apparences modestes, hâtons-nous de le dire, et l'auteur se garde des affirmations prématurées, trop fréquentes en pareil cas. Ces conclusions impliquent des reserves, ce qui n'enlève rien à la valeur qu'elles tirent de faits bien observés. M. Guelpa dit, en substance, que l'emploi des injections et des badigeonnages de solution de perchlorure de fer dans le traitement local de la diphthérie lui a procuré des résultats remarquables, parfois surprenants, presque toujours avantageux. Et il justifie cette assertion en rapportant avec détails un certain nombre de faits tirés de sa propre pratique. Mais ce n'est pas seulement le résultat d'ensemble, le résultat brut, si nous pouvons ainsi dire, que M. Guelpa a voulu établir dans son travail : il a cherché en même temps à montrer quelles conditions doit remplir l'application de sa méthode pour que celle-ci puisse donner toute la mesure de son efficacité. Au premier rang, il place la nécessité de pratiquer des irrigations extrêmement fréquentes (tous les quarts d'heure pendant le jour, toutes les demi-heures ou toutes les heures au moins pendant la nuit) ; en second lieu, celle d'employer une solution d'un titre uniforme, qui est de 5 à 10 0/00, c'est-à-dire la solution qui a produit entre ses mains des effets presque constamment favorables. Détail important, les injections doivent porter aussi bien sur les cavités des fosses nasales que sur les régions en apparence plus accessibles du pharynx et du larynx : c'est là une condition indispensable et qui représente peut-être le côté le plus original de la méthode de M. Guelpa, car elle a pour but d'empêcher l'extension et la reproduction des fausses membranes au niveau d'une surface muqueuse négligée jusqu'à présent et qui constitue pourtant un de leurs foyers de développement les plus actifs. D'autre part, il convient de s'abstenir de toute espèce de cautérisation, une semblable pratique devant être abandonnée en raison de ses inconvénients incontestables qui ne sont point compensés par des avantages sérieux. Ajoutons que, pour être pleinement efficace, la méthode des irrigations doit intervenir de bonne heure, aussitôt l'apparition des premiers symptômes de la diphthérie. Inutile de faire remarquer maintenant que,

dans les formes graves, avec envahissement du larynx et tendance à l'asphyxie, elle doit céder le pas à la trachéotomie, opération d'urgence qui, d'ailleurs, peut toujours s'imposer à un moment donné, quel que soit le traitement mis en œuvre dès le début de la maladie.

Quand nous aurons dit enfin que la méthode de M. Guelpa, méthode fort peu coûteuse et d'une application très simple, est facilement supportée par les malades, nous aurons suffisamment indiqué la portée générale des conclusions, d'ailleurs pleines de réserves, que son auteur a cru pouvoir formuler à la fin de son consciencieux travail et sur la valeur desquelle une expérience plus étendue pourra seule prononcer. Cette expérience nous semble devoir être tentée et nous ne doutons pas qu'elle le soit prochainement dans les hôpitaux consacrés aux maladies de l'enfance, comme elle l'a été dans les salles de l'hôpital Trousseau, où M. Guelpa a recueilli une partie des succès dont sa brochure vient de nous fournir la preuve à la fois brillante et encourageante.

P. Mercier.

BULLETIN

Troisième session de la Société française d'ophthalmologie. — De l'ectocardie et de sa cure par l'autoplastie. — De la dénomination des médicaments. — La méco-narcéine. — La rage tanacétique et le poison rabique. — Dissolution de la Société de médecine de Strasbourg.

La troisième session de la Société française d'ophthalmologie s'est tenue cette semaine, du 7 au 10 mai, dans la grande salle du Palais des Sociétés savantes. En ouvrant la séance d'ouverture, M. Panas, président, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, parmi lesquels, à côté des ophthalmologistes de Paris et des départements, siégeaient bon nombre d'ophthalmologistes étrangers.

M. Parent, secrétaire général, a lu son rapport sur la situation de la Société, qui est de plus en plus prospère.

M. Panas a appelé au fauteuil de la présidence M. Vannesson (de Louvain) et les travaux du Congrès ont immédiatement commencé. Nos lecteurs en trouveront le compte rendu dans le Journal des Sociétés scientifiques.

— Nous publions plus haut l'intéressante observation d'ectocardie communiquée lundi dernier à l'Académie des sciences par M. le professeur Lannelongue, et sur laquelle nous appelons l'attention de nos lecteurs. L'opération si heureusement pratiquée par notre confrère infirme désormais le verdict porté par Brachet et Geoffroy-Saint-Hilaire, et accepté par tous les chirurgiens, à savoir que l'ectopie cardiaque dans laquelle le cœur n'est pas recouvert par les téguments, entraîne fatalement la mort quelques heures ou au plus quelques jours après la naissance.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Verneuil, le succès qui vient d'être enregistré fait le plus grand honneur à M. Lannelongue et à la chirurgie française.

— L'Académie de médecine est revenue sur la question de la dénomination des nouvelles substances médicamenteuses. Le nom scientifique régulier étant d'un usage difficile, sinon impossible dans la pratique, il y aurait un grand inconvénient, comme l'a dit M. Dujardin-Beaumetz, à laisser donner à la même substance des noms multiples en rapport avec ses différentes propriétés, on suivant le bon plaisir de tel industriel intéressé à exploiter telle préparation.

La mesure proposée par M. Armand Gautier est donc excellente : une commission permanente de l'Académie, qui a été désignée séance tenante, sera désormais chargée de dénommer les nouveaux produits complexes introduits dans la thérapeutique.

— M. Laborde poursuit depuis longtemps l'idée de substituer, dans la pratique, la narcéine, substance inoffensive, aux deux autres alcaloïdes de l'opium universellement usités, la morphine et la codéine, dont les effets toxiques sont suffisamment connus. Il s'est heurté, comme tout le monde, à l'insolubilité de la narcéine pure, sans parler de son prix élevé, conséquence de sa préparation. Mais il ne s'est pas tenu pour battu et, après de longues et patientes manipulations chimiques entreprises par M. Duquesnel, après de non moins longues et non moins persévérantes expériences poursuivies concurremment par lui-même sur les animaux, il est arrivé, avec son collaborateur, à obtenir un produit soluble, qui n'est pas la narcéine pure, car il contient d'autres alcaloïdes non encore isolés, mais dans lequel la narcéine domine, et qu'il désigne sous le nom de méco-narcéine. Ce produit jouit de la même action sédative et de la même immunité que la narcéine, et les premiers essais pratiques qui en ont été faits par MM. Le Roy de Méricourt et Henri Guéneau de Mussy encouragent à en faire de nouveaux. Il y a lieu de l'expérimenter en particulier dans les cas où l'on a à prévenir l'usage et plus souvent encore à combattre l'abus de la morphine.

— M. Peyraud, avec une persévérance dont on doit lui savoir gré, poursuit ses recherches sur la rage.

On sait que, depuis de longues années, il a décrit les accidents rabiformes produits par l'essence de tanaisie et dont le chloral, administré préventivement, empêche la manifestation. Dans un cas heureux, il a pu aussi, par l'administration du chloral, prévenir le développement de la rage humaine après morsure. Ce cas n'a fait que confirmer sa première hypothèse d'une grande analogie entre la rage tanacétique et la rage d'origine canine, par suite d'une isomérie probable entre l'essence de tanaisie et le virus rabique. Ce poison ne serait autre chose que la ptomaïne ou la leucomaïne produite par le microbe virulent de la rage.

Dans sa communication de mardi dernier à l'Académie de médecine, M. Peyraud dit avoir retiré de vingt-deux cerveaux de lapins enragés qu'il a broyés et fait mariner dans de l'alcool à 90°, un corps liquide, dont l'odeur rappelle celle de l'essence de tanaisie et qui, injecté dans la peau de quatre lapins, a déterminé la mort de deux d'entre eux avec des symptômes identiques à ceux de la rage paralytique. Ces nouvelles expériences confirmeraient donc les inductions des premières.

De la double analogie ainsi établie, d'un côté, entre l'essence de tanaisie et le poison rabique, de l'autre, entre la rage tanacétique et la rage vraie, devaient découler tout naturellement des tentatives de vaccination de la rage au moyen de l'essence de tanaisie. Ces tentatives ont eu lieu, en effet, et ont donné à M. Peyraud une moyenne de succès qui n'a pas été inférieure à 50 0/0.

Ces faits, s'ils sont définitivement prouvés, ont une importance de premier ordre. Au point de vue scientifique, grâce à cette isomérie entre des produits chimiques et des alcaloïdes d'origine animale, ils montrent la possibilité d'employer des vaccins chimiques, dosables, faciles toujours à se procurer; au point de vue pratique, et dans le cas spécial de la rage, ils permettent d'organiser une prophylaxie générale de cette maladie par la vaccination préventive et obligatoire des chiens, mesure désormais applicable partout.

Mais de tels faits ne sauraient être acceptés sans un contrôle sévère. Tout en se gardant bien de leur opposer ce scepticisme systématique qui décourage les plus vaillants, fait avorter des découvertes souvent précieuses et enraye le progrès, il faut les accueillir avec le doute vraiment scientifique, qui ne demande qu'à s'éclairer, d'où que vienne la lumière, et qui exige, à l'appui d'assertions, des preuves irréfutables.

En France, tout travailleur, tout savant qui n'a ni position, ni chaire officielle, a souvent de la peine à faire valoir, on prévaloir quand elles le méritent, ses découvertes. C'est une raison de plus pour que la presse lui donne son appui, ses encouragements. Peut-être de ce que nous considérons à ce sujet comme un devoir, nous voudrions fixer l'attention sur les recherches de M. Peyraud.

— Le Journal d'Alsace, courrier du Bas-Rhin, nous a apporté une mauvaise nouvelle : la *Société de médecine de Strasbourg*, dont nous étions heureux de publier les comptes rendus dans le Journal des sociétés scientifiques, vient d'être dissoute par ordre de l'autorité allemande. L'arrêté relatif à cette dissolution garde le silence sur les motifs qui ont dicté une semblable mesure. La Société de médecine de Strasbourg ne s'occupait que de questions scientifiques et est demeurée toujours étrangère à la politique. Peut-être la médecine française trouvait-elle auprès de bon nombre de ses membres une sympathie qui a déplu au gouvernement allemand. Quoi qu'il en soit, cette sympathie était réciproque et nous joignons nos vifs regrets à ceux que nos confrères d'Alsace ont éprouvés en voyant ainsi disparaître une institution qui a rendu à la science et à la profession de si longs et si importants services.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

— Afin de la faire coïncider avec la prochaine Exposition universelle, l'inauguration du nouveau Musée de l'hôpital Saint-Louis est différée jusqu'à la première quinzaine du mois d'août 1889. A cette occasion, et en raison de l'affluence probable à Paris des médecins de la France et des autres pays, les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. E. Vidal, E. Besnier, A. Fournier, Hallopeau, Quinquaud et Tenneson, ont jugé le moment favorable pour la réunion d'un Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie (le premier de ce genre au moins en France). Ce Congrès, dont la durée sera d'une semaine, se tiendra dans la grande salle du Musée de l'hôpital Saint-Louis. M. Ricord en sera le président d'honneur, et M. le professeur A. Hardy le président effectif. — Adresser les adhésions à M. le docteur Henri Feulard, secrétaire du Comité, chef de clinique adjoint de la Faculté, à l'hôpital Saint-Louis.

Congrès. — Le premier Congrès des médecins et chirurgiens américains se tiendra à Washington les 18, 19 et 20 septembre 1888.

— La Riforma medica nous annonce qu'un Congrès d'hydrologie et de climatologie médicales doit s'ouvrir à Bologne le 10 octobre prochain, sous la présidence honoraire du professeur Auguste Murri. En même temps se fera l'inauguration d'une Exposition nationale d'hydrologie et de climatologie.

R. F. D.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 2 mai 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Gouvernement militaire de Paris. — Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. le médecin aide-major de première classe de Fourmestraux.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, Signez, Dupont.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Mousnier.

1er corps d'armée. — Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Villette.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Carpentier, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lille ; Quint, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille.

2e corps d'armée. — Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Broca, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Richepin.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Gambier.

7e corps d'armée. — Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Chané.

9e corps d'armée. — Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Lavallée.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Brissonnet, professeur à l'Ecole de médecine de Tours.

12e corps d'armée. — Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pialoux, Mercier-Valentin, Lhomme, Bonnet.

14e corps d'armée. — Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. le médecin aide-major de deuxième classe Honnorat, médecin des hôpitaux de Vienne.

15e corps d'armée. — Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Benet, professeur suppléant des chaires de chirurgie à l'Ecole de médecine de Marseille; Roux, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

17e corps d'armée. — Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides majors de première classe Gaumétou, Darlan.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Quériaud.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Guiraud.

— M. le docteur Balzer commencera des conférences cliniques à l'hôpital de Lourcine le mercredi 15 mai, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Wisard. De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. — M. Albesco. Rectotomie postérieure préliminaire ou exploratrice. — M. Raoul. De la désarticulation du coude avec résection des saillies articulaires de l'humérus.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 AVRIL AU SAMEDI 5 MAI 1888.

Fièvre typhoïde 13.—Variole 5.— Rougeole 10.— Scarlatine 4. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup, 48 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 194.— Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 39. — Autres 10. — Méningite 31.— Congestion et hémorr. cérébrales 54. — Paralysie 7.— Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 61.— Bronchite aiguë 23. — Bronchite chronique 52. — Broncho-pneumonie 23.— Pneumonie 53. — Gastro-entérite : Sein 17. — Biberon 36. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 36. — Suicides 15. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 190. — Causes inconnues 13. — Total de la semaine : 1010 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Les micro-organismes étudiés spécialement au point de vue de l'étiologie des maladies infectieuses, par le docteur C. Flügge, professeur ordinaire et directeur de l'Institut d'hygiène à l'Université de Breslau, traduit de l'allemand d'après la seconde édition par le docteur F. Henrijean, assistant à l'Université de Liège. — Préface par M. C. Firket, professeur à l'Université de Liège. — Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur, 1887.

Physiologie des exercices du corps; sous ce titre, le docteur Fernand LAGRANGE consacre, dans la « Bibliothèque scientifique internationale », une très intéressante étude au « Travail musculaire » chez l'homme.

Nous signalerons particulièrement les chapitres sur la fatigue, l'essoufflement, la courbature et le surmenage, ceux sur l'accoutumance et la résistance au travail, l'entraînement, enfin l'étude des différents exercices, gymnastique, course, équitation, escrime, etc., et des effets qu'ils produisent sur l'organisme.

L'auteur termine son livre par des considérations sur le rôle du cerveau dans l'exercice, le surmenage intellectuel et physique, sur la médication par l'exercice.

Cet ouvrage, écrit sans pédantisme, est émaillé de récits et d'exemples concluants venant à l'appui des théories exposées; on y trouve l'explication des phénomènes journellement observés sans qu'on se rende compte de leur raison d'être, et des préceptes utiles pour l'observation d'une hygiène et d'une gymnastique raisonnées et appropriées à tous les âges de la vie (1 vol. in-8o, cartonné à l'anglaise, 6 fr. Félix Alcan, éditeur).

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 20 19 MAI 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

GOITRE EXOPHTHALMIQUE. — Leçon clininique faite à l'hôpital de la Pitié par le professeur JACCOUD.

Messieurs, j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui d'une malade, femme de quarante-cinq ans, domestique, couchée au no 39 de la salle Laënnec, et qui est atteinte, depuis douze ans, d'un goître exophthalmique. Depuis que nous l'observons, nous avons pu constater une amélioration manifeste de quelques-uns des symptômes fondamentaux de la maladie, mais, en revanche, elle nous offre l'aspect du marasme passé à un degré extrême et d'une émaciation dont aucune complication viscérale ne peut nous rendre compte. Vous en jugerez par les chiffres suivants qui représentent son poids :

Dans les premiers temps de sa maladie, elle pesait 120 livres; ce poids a été pris en 1878, trois ans après le début. L'année dernière, son poids moyen était de 88 livres. Cette année, elle pesait 80 livres au 1er avril et 78 au 18 avril, et je vous rappelle que c'est une femme de quarante-cinq ans, qui n'est ni mère, ni difforme.

Si j'ai mis ainsi en relief et au premier plan cet état de marasme, indice indéniable d'une altération profonde de la nutrition, c'est pour bien fixer dans votre esprit un fait que vous ne devez jamais oublier : le goître éxophthalmique est une névrose, soit; mais c'est une névrose qui n'est pas uniquement constituée par des symptômes nerveux d'ordre périphérique, puisqu'il faut compter au nombre de ses effets consécutifs un marasme, comme celui dont cette femme nous offre un si remarquable exemple. C'est pour cette raison que les premiers observateurs lui avaient donné le nom de *cachexie éxophthalmique* et d'autre encore celui d'*éxophthalmie cachectique*. Je rejette, pour ma part, soit dit en passant, cette appellation de cachexie, car les malades qui succombent à cette maladie ne présentent aucun de ces troubles qu'on a coutume de désigner sous le nom de cachexie, et au premier rang desquels se place l'altération profonde de la crase sanguine; c'est bien plutôt un état particulier de marasme dû à la disparition gradnelle des tissus organiques.

La maladie de Graves, qu'on a le tort d'appeler quelquefois maladie de Basedow, car Graves a devancé Basedow, présente d'ailleurs, une diversité de symptômes beaucoup plus grande qu'on ne le suppose en général. Notre malade n'en présente pas le tableau complet; mais, telle qu'elle est, elle nous permet cependant de vous en tracer une description suffisante.

Et, tout d'abord, comment cette maladie, qui date de douze ans, pent-être davantage, s'est-elle établie chez elle ? D'une façon bien caractéristique.

Réglée pour la première fois à douze ans, cette femme a cessé de l'être entre l'âge de trente et de trente et un ans, c'est-à-dire en 1873; elle fait remonter le début de sa maladie à l'année 1876 : or, j'ai de bonnes raisons de croire qu'elle remonte réellement à 1873, l'année même de sa ménopause; en tout cas, dès cette époque, sont survenues chez elle des modifications radicales du caractère. Elle est devenue triste, taciturne, mélancolique. J'attire votre attention, Messieurs, sur ces perturbations dans l'ordre psychique, car il n'est pas douteux que ce soient là les premiers symptômes de la névrose qui se prépare, et retenez bien ce fait, que les troubles du début du goître éxophthalmique n'apparaissent pas toujours dans le domaine du système nerveux périphérique ou spinal. Ici, se sont les symptômes cérébraux qui ouvrent la scène morbide; dès le début également, elle a maigri, et, depuis lors, il y a eu des oscillations dans cet amaigrissement, qui s'est montré ainsi comme un symptôme précoce.

Mais poursuivons chez elle l'évolution de sa maladie.

Au commencement de l'année 1876, apparaissent simultanément (là-dessus ses réponses n'ont jamais varié, et les renseignements qu'elle nous a donnés sont catégoriques) les trois symptômes fondamentaux, c'est-à-dire des palpitations extrêmement pénibles, le gonflement du cou et la saillie des yeux. Cette apparition contemporaine de la triade symptomatique du goître éxophthalmique n'est par rare; c'est pourquoi j'ai accepté ses réponses sans arrière-pensée; ce n'est cependant pas ce qui se passe d'ordinaire. En général, leur apparition est successive, et l'on voit se montrer dans l'ordre suivant :

1o *Les palpitations;* 2o *la dilatation des artères;* 3o *le gonflement thyroïdien;* 4o *l'éxophthalmie.* Tel est l'ordre habituel.

Je viens d'énoncer quatre symptômes fondamentaux de la maladie de Graves, c'est vous dire que je considère comme une erreur, erreur qui n'est plus comprise d'ailleurs aujourd'hui, et qui consiste à limiter les symptômes fondamentaux à trois et à parler de triade symptomatique; pour ma part, j'en reconnais quatre : l'accélération des battements du cœur, *la dilatation des artères,* le goître et l'éxophthalmie.

Maintenant ces phénomènes se suivent assez fréquemment

dans l'ordre que je viens de vous indiquer; on peut penser qu'ils sont, dans une certaine mesure, subordonnés les uns aux autres, et que le premier conduit au second, comme le second au suivant, et celui-ci au dernier. En présence de cette subordination de symptômes les uns aux autres, qui paraît bien réelle, on ne peut s'empêcher de penser au système sympathique, et d'y placer le point de départ de tout le complexus morbide.

L'excitation du sympathique amène l'accélération des battements du cœur, la tachycardie, comme on l'a dit, et l'abaissement de la pression artérielle, accompagnée de dilatation vasculaire, qui entretient elle-même et augmente l'accélération du cœur. Ce sont là, vous le savez, non de pures hypothèses, mais bien des faits physiologiques démontrables et démontrée. Mais ce n'est pas tout.

On peut s'avancer plus loin et faire remarquer que cette dilatation artérielle entretient une fluxion anormale dans la région supérieure de la moelle, région nommée cilio-spinale, d'où partent les nerfs palpébraux et ciliaires, et que cette excitation peut rendre compte des symptômes oculaires.

Ainsi donc, trouble cardiaque, trouble artériel, puis phénomènes oculaires, tel est l'ordre pathogénique, et c'est là l'interprétation que j'ai donnée ailleurs comme fondamentale. Mais, depuis, j'ai déjà été obligé de faire remarquer que cette influence des troubles circulatoires devait s'étendre à d'autres parties du système nerveux, car certains symptômes étaient absolument étrangers au domaine du sympathique.

Ces symptômes, quels sont-ils? On les a appelés symptômes *secondaires*; l'expression n'est pas heureuse, et prête à l'équivoque. Si l'on entend par là qu'ils sont moins constants, c'est juste, car ils n'ont pas le degré de fréquence de ceux qu'on regarde comme fondamentaux. Mais le mot secondaire veut dire aussi *consécutif*: erreur, car la plupart peuvent être contemporains.

Le terme de symptômes *accessoires* est encore mauvais, car, lorsque la maladie de Graves tue, c'est par les symptômes dits accessoires. Aussi convient-il mieux de les appeler *inconstants*, par opposition aux quatre symptômes, qui constituent la maladie d'une façon fondamentale.

Ces symptômes sont très nombreux. Quelques-uns peuvent être rangés dans le domaine du sympathique. Ce sont d'abord des modifications importantes de la circulation périphérique: les capillaires sont toujours dans un état voisin de l'épuisement, de sorte que le *moindre frôlement de la peau donne une trace rouge persistante*. Ce phénomène existe chez notre malade, et cette *autographie rouge* est bien opposée à l'autographie blanche, telle par exemple qu'on l'observe chez les hystériques.

Avec cela, les malades accusent une *sensation de chaleur des plus pénibles*, indépendante de l'accélération des battements du cœur. Dans quelques cas, on a constaté que cette sensation coïncidait avec une élévation réelle de la température; mais les observations qu'on doit, sur ce sujet, à *Friedreich*, *Eulenburg*, *Guttmann*, *Buhl*, sont peu nombreuses. La plupart du temps, c'est une sensation subjective sans élévation de température.

Et il n'y a pas lieu de s'étonner non plus si les malades se plaignent parfois *de sueurs*, souvent très abondantes, et presque permanentes; notre malade n'en offre pas traces à cause de l'état de marasme dans lequel elle se trouve.

Un symptôme fréquent, mais qui sort du domaine du sympathique, c'est le *tremblement*. *M. Charcot* pense même que c'est un symptôme constant. Je n'ose aller aussi loin, car j'ai vu des cas où il manquait dans le tableau de la maladie; néanmoins, il est fréquent et s'observe aux membres supérieurs. Chez notre malade, il est peu marqué, et il faut y regarder de près pour le constater. On observe alors des oscillations des mains remarquables, ainsi que *Charcot* et son élève, *Marie*, l'ont bien vu, par leur extrême régularité. Ceci, comme je viens de vous le dire, nous sort nettement des attributions du sympathique, et nous montre qu'on ne saurait y confiner la pathogénie tout entière des accidents imputables à la maladie qui nous occupe, quelle qu'en soit l'importance dans le tableau symptômaique, le sympathique n'en est pas la raison dernière, et d'autres départements du système cérébro-spinal entrent manifestement en jeu.

Ce n'est pas tout. On a observé la coïncidence des symptômes fondamentaux de la maladie, avec d'autres troubles nerveux, moins fréquents que le tremblement, et que je dois vous signaler: ce sont des *phénomènes convulsifs partiels*, des *phénomènes paralytiques* frappant certains groupes musculaires.

Les plus importants ont été signalés par *de Græfe*. Ils consistent dans la paralysie ou dans la diminution des mouvements automatiques de la paupière supérieure. Celle-ci ne suit plus le globe de l'œil dans ses mouvements d'abaissement ou d'élévation. S'il faut faut en croire de Græfe, ces symptômes sont constants, et devanceraient même les autres, de sorte qu'ils pourraient servir à établir un diagnostic précoce; ce seraient, en tout cas, les premiers signes oculaires, antérieurs mêmes, à l'exophthalmie.

Cette opinion est manifestement exagérée. J'ai vu, pour ma part, deux cas où cette suppression des mouvements automatiques n'existait pas, et nous ne l'avons pas non plus rencontrée chez notre malade.

J'en arrive maintenant aux troubles d'ordre psychique. Ce n'est pas toujours par des modifications du caractère, qui devient triste, taciturne, mélancolique, que l'influence cérébrale se manifeste dans la maladie de Graves. On observe quelquefois un état tout opposé, *de l'excitation* et *de véritables accès de manie*. Encore une preuve, Messieurs, que tout le système nerveux peut être intéressé.

Je n'en ai pas encore fini avec les phénomènes inconstants: Certaines de ces malades présentent des phénomènes pénibles, persistants, dans l'ordre végétatif. Ceci, il est vrai, nous ramène vers le sympathique. Certains sont sujets à des *vomissements plus ou moins fréquents*, pas toujours *alimentaires*, mais *muqueux*, *mucobilieux*. Plus souvent, on observe *de la diarrhée*, mais une diarrhée qui offre certains caractères bien particuliers. C'est une diarrhée survenant sans cause occasionnelle appréciable, durant plusieurs jours de suite et pendant une partie de la journée seulement, quelquefois accompagnée de faux besoins. C'est ainsi que tel malade aura plusieurs selles liquides dans la matinée, et dans le reste de la journée plus rien. Ce phénomène est très marqué chez notre femme: c'est le matin qu'il se produit, et elle est tranquille à partir de une heure de l'après-midi. Cette hypercrisie intestinale a sa place naturelle à côté des vomissements. Maintenant je vais vous parler d'un symptôme plus grave, car je ne sache pas que les accidents que je viens de vous signaler, même par leur répétition, aient jamais causé la mort.

Il n'en est pas de même de celui dont je vais vous entre-

teuir; celui-ci tne infailliblement, non par lui-même, mais c'est un signe d'une gravité pronostique redoutable : ce signe, c'est l'*Ictère*. Du jour où vous voyez un malade atteint de goître exophthalmique présenter de la jaunisse, sans cause explicable, vous pouvez porter un pronostic fatal, et cela à brève échéance, le malade n'en a plus que pour cinq ou six semaines. En général, les choses se passent ainsi. Les malades sont pris de vomissements, quelquefois de diarrhée; mais ces vomissements sont tenaces, bilieux. Lorsqu'ils ont duré des jours et des semaines, la jaunisse apparaît. Parfois on est éclairé sur sa gravité; des hémorrhagies apparaissent. Lorsqu'elles se font dans la peau, ou qu'elles sont évacuées au dehors, on est mis sur la voie du pronostic. A partir de ce moment, l'état général va s'aggraver rapidement et le dénouement fatal arrive au bout de cinq à six semaines, pas plus. Il n'y a pas de fièvre; les autres symptômes persistent, mais il s'y ajoute un état particulier de cachexie, le mot est légitime ici, et le malade s'éteint avec tout l'aspect de l'ictère grave.

Le premier cas de ce genre que j'ai vu, c'était à Lariboisière; l'autopsie n'a pu être faite. Dans un deuxième cas, outre des pétéchies, on a trouvé une altération graisseuse des cellules hépatiques. Il y a deux ans, *Aigre* a publié une relation anatomique plus complète. Chez un malade mort dans ces conditions, il a trouvé des hémorrhagies multiples de l'estomac, des bassinets, des deux reins et du duodénum; de plus, une dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques et rénales. Ces désordres anatomiques, en rapport avec les accidents ultimes, impliquent l'idée d'une nutrition insuffisante et n'ont pas lieu de nous étonner, car il s'agit d'une maladie à tendance marastique, et l'accélération des battements du cœur est telle, que la rapidité de l'irrigation capillaire entrave les opérations intimes de la nutrition des tissus; la nutrition souffre jusqu'à la lésion.

Je vais vous signaler maintenant un autre groupe de symptômes qu'on rencontre fréquemment associés à la maladie de Graves. C'est tout d'abord la *glycosurie*, que certains auteurs à une autre époque ont regardé bien à tort comme exceptionnelle et qu'il serait plus juste de considérer comme fréquente; puis l'*albuminurie* qui l'est moins et enfin la polyurie simple. Voilà ces trois symptômes : glycosurie, albuminurie, polyurie qui font songer de suite à la moelle allongée. Je vous ai déjà montré, dans le tableau de la maladie, des groupements symptomatiques d'origine variable; eh bien, l'influence de la moelle allongée n'est pas plus contestable que celle de la moelle cervicale et que celle du cerveau. Je dois même ajouter que l'influence du bulbe rachidien n'est pas seulement établie par certains symptômes qui dépendent nettement de lui, physiologiquement parlant, mais que sa participation est prouvée par des faits anatomiques précis. Le premier de ces faits, d'autant plus notable qu'il a été établi sans parti-pris, appartient à *Geigel* et date de l'année 1886. Il s'agit d'une oblitération du canal central de la moelle, avec induration de la substance grise péri-canaliculaire. Il y avait même dans ce fait, par surcroît, une tumeur au niveau de la soudure sphéno-occipitale.

Cheadle, en 1879, publia un deuxième cas. Il montre des dilatations vasculaires non seulement dans toute la hauteur de la moelle cervicale, mais dans la moelle allongée, et notamment au niveau de la région des olives.

Il y a trois ans, un observateur qui ne semble pas avoir connu l'observation de Geigel, *Wahner*, a publié en 1885 un autre exemple d'oblitération complète du canal central de la moelle.

Telles sont, Messieurs, les raisons d'ordre anatomique qui montrent que la moelle allongée peut participer au tableau symptomatique du goître exophthalmique. Est-on en droit dès lors de faire une pathogénie exclusive au profit de celle-ci? Ce serait une erreur. Elle peut intervenir, et dans ces cas on observe certains symptômes particuliers, et voilà tout : la théorie bulbaire du goître exophthalmique pèche par *exclusivité*. La conception pathogénique la meilleure et la plus compréhensible est celle qui, avec Benedict, en fait une névrose généralisée. Benedict la localise anatomiquement au niveau du canal central de la moelle, et pour cela il a ses raisons, car c'est là qu'il place l'origine centrale du sympathique. *Névrose générale*, telle est la meilleure formule, à laquelle Charcot a justement ajouté : *assez voisine de l'hystérie*. C'est qu'en effet plus d'un caractère les rapprochent l'une et l'autre : la variabilité des symptômes, les affections psychiques, la durée et l'influence incontestable de l'hérédité. A ce dernier point de vue, je ne connais pas d'exemple plus frappant que les deux cas suivants, dont je veux vous dire un mot :

Cantilera, en huit ans, a observé 4 cas de maladie de Graves dans la même famille; un cinquième membre de cette famille était hystérique.

Œsterreicher rapporte de son côté le fait suivant : une femme, foncièrement hystérique, avait *huit enfants* : 5 garçons et 3 filles. *Six sur les huit* ont eu la maladie de Basedow. Dans la descendance de cette génération, il y a eu 3 cas de la même maladie, 1 d'hystérie développé à 11 ans et 1 d'épilepsie.

Comme vous le voyez, l'affinité de cette maladie avec les grandes névroses héréditaires est incontestable, de sorte que, je le répète, au-delà de « névrose générale », il n'y a pas mieux comme formule pathogénique.

Nous n'avons pas chez cette femme le tableau complet; elle n'a pas non plus de *dyspnée*, phénomène dont je ne vous ai pas parlé, mais elle a des troubles psychiques. Elle n'a ni glycosurie, ni polyurie, ni albuminurie, mais elle a la diarrhée. Enfin cette femme, qui a une exophthalmie telle qu'elle se voit à distance, et un gonflement thyroïdien très marqué, n'a pas de tachycardie; elle en a eu, et à ce point de vue, elle est en amélioration : elle nous dit même que son exophthalmie a diminué. Les symptômes fondamentaux sont donc atténués. J'ajouterai cependant que l'examen du cœur est tout autre de ce que l'on est habitué à rencontrer. D'habitude, on ne trouve pas de bruits morbides; ici, le cœur est dilaté, et il y a un souffle à chaque orifice. Le souffle de la base, je m'en accommode; c'est un souffle anémique. Mais celui de la pointe, celui de l'appendice xyphoïde? Je suis porté à les considérer l'un et l'autre comme un indice d'une insuffisance partielle, relative des orifices, suite de la dilatation du cœur. Telle est l'interprétation que j'en donne, car je ne vois pas qu'on puisse les rattacher à une lésion d'orifice, due à une endocardite. La seule objection, et c'est là évidemment la seule qui puisse être invoquée en faveur d'une endocardite, c'est qu'il existe des frottements péricardiques, sur la nature desquels le doute ne saurait être permis. Mais, malgré cela, et en l'absence de toute cause d'endocardite, rhumatismale ou autre, je me range définitivement à l'idée que ce ne peuvent être et que ce ne sont en réalité que des souffles dûs à la dilatation du cœur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur deux cas de cancer thyroïde a forme suraiguë, par Étienne Rollet, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons observé récemment dans le service de M. le professeur Poncet deux malades atteints de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë. Leur histoire nous a paru digne d'être relatée. Le cancer thyroïdien est, en effet, assez mal connu : son diagnostic, au début, offre parfois de grandes difficultés, et, si l'on en croit les classiques, la thyroïde serait assez rarement atteinte de cancer primitif. A en juger par nos observations, la néoplasie pourrait avoir une marche foudroyante ; on croirait volontiers à une thyroïdite aiguë, et l'intervention chirurgicale, qui ne peut être que palliative, assurerait une survie seulement de quelques jours à quelques semaines. Voici ces deux observations :

Observation I. — Cham..., 35 ans, cultivateur à Charancy (Loire), entré dans le service de M. le professeur Poncet à l'Hôtel-Dieu, salle-Saint-Louis, n° 89, venant du service de M. le professeur Lépine, le 13 février 1888.

Pas d'antécédents héréditaires; deux frères en bonne santé. Bonne santé habituelle; pas d'alcoolisme, ni de syphilis. Marié, a deux enfants bien portants. Depuis son enfance, on avait remarqué chez lui un léger goitre siégeant sur le milieu du cou et ne gênant nullement la respiration. Dans le pays et dans sa famille, pas de goitre. Vers l'âge de 16 ans, à plusieurs reprises, il eut quelques accès d'oppression légère; il avait souvent alors de la peine à courir et, dans une marche un peu rapide, la respiration lui manquait facilement. Il y a trois semaines environ, il prit froid ; sans avoir ressenti ni frisson, ni point de côté, il se mit à tousser beaucoup ; expectoration peu abondante. En même temps, il commença à éprouver un peu d'oppression et une certaine gêne au larynx. Il y a une quinzaine de jours, son goitre augmenta de volume et l'oppression était de plus en plus vive. C'est seulement depuis huit jours qu'il fut pris d'accès de suffocation longs et pénibles ; le goitre, prenant toujours un rapide accroissement et les nuits étant passées sans sommeil par le fait de l'oppression de plus en plus vive, il se décida à se présenter à l'Hôtel-Dieu le 8 février. Il est d'abord reçu chez M. Lépine, où l'interne du service, mon ami, M. Paliard, constata à son entrée les symptômes suivants :

L'oppression est très marquée, le facies est vultueux et cyanosé. Les veines jugulaires sont dilatées et très apparentes sous la peau. L'expiration est difficile et s'accompagne de tirage; l'inspiration se fait bien. La toux est très fréquente ; un peu d'expectoration muqueuse. La voix est étouffée et rauque. Le cou est volumineux ; on sent une masse volumineuse, peu mobile, paraissant se prolonger en arrière de la fourchette sternale. A la partie moyenne, au niveau et en avant de la trachée, on sent une masse plus dure du volume d'un gros œuf, et là la pression réveille quelques douleurs. L'état général n'est pas très bon; la peau est chaude. Temp. rect. 39°. L'appétit est assez bien conservé ; la digestion se fait bien. A l'examen du thorax, rien à la percussion. La sonorité est normale. A l'auscultation, on entend mal le murmure vésiculaire, car un bruit trachéal intense masque le bruit respiratoire. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines. A l'examen laryngoscopique, on voit que les cordes vocales sont intactes, mais la trachée est aplatie dans son diamètre antéro-postérieur.

On décide l'application de vingt sangsues, mais le lendemain l'oppression est toujours la même. On prescrit 5 gr. d'iodure de sodium, et le 13, la dyspnée étant de plus en plus vive, le tirage étant considérable, le malade est amené dans le service de chirurgie de M. le professeur Poncet.

A ce moment, les accidents d'asphyxie étaient d'une gravité extrême; la tumeur médiane était d'une grande mobilité, comme isolable facilement des lobes latéraux. M. Poncet se décide alors à enlever le lobe médian, se réservant de pratiquer la trachéotomie si, après cette ablation, la dyspnée persistait.

Pas d'anesthésie. M. Poncet fait une longue incision sur la ligne médiane et, par cette ouverture, contourne avec l'index la tumeur et l'isole. Mais à ce moment l'asphyxie est complète, la tête se renverse en arrière, la face devient livide, la respiration s'arrête et le pouls n'est plus perceptible. Aussitôt M. Poncet transforme l'incision verticale en une incision cruciforme, s'étendant de chaque côté jusqu'aux veines jugulaires externes. La tumeur est alors soulevée avec le doigt, mais elle cède à la pression et donne issue à une matière abondante, molle et diffluente. Cette poche ouverte est vidée rapidement avec une éponge et, à travers sa paroi postérieure, rigide, dissimulant la trachée, la trachéotomie est pratiquée ou plus exactement la crico-trachéotomie, le cartilage cricoïde ayant été senti sous le doigt tout d'abord. Une canule est placée et le malade, sans mouvement, couvert d'une sueur froide, est rappelé à la vie par la respiration artificielle, la pile électrique, etc. On panse la plaie avec de la gaze iodoformée et le malade est ramené dans son lit.

Le lendemain, l'état général est bon ; le malade respire facilement. Le surlendemain, on enlève la canule. Dans la suite, état de plus en plus satisfaisant ; les crises de dyspnée ont cessé, le malade parle et revient à la santé. Mais, le 22 février, un peu de toux, et à l'auscultation on entend quelques râles muqueux disséminés.

Le 25, la dyspnée apparaît de nouveau. Menaces de suffocation. En l'absence de M. Poncet, M. Mollière, qui voit le malade, lui place dans la trachée une longue canule de 10 cent. environ, une canule ordinaire entrant à peine dans la trachée, à cause de l'épaisseur des masses qui sont situées en avant et surtout de chaque côté. Un certain soulagement se produit, la respiration se fait mieux. Mais, dans la nuit, des accès de suffocation se renouvellent et le malade meurt asphyxié.

Autopsie le 27 février.

Au cou, la tumeur s'étend du cartilage thyroïde et descend en bas, en arrière du sternum, jusqu'au niveau de la crosse de l'aorte. Là elle est située entre la carotide primitive gauche et le tronc brachio-céphalique sur lequel elle passe en avant. De chaque côté, la tumeur s'étend et recouvre les deux carotides primitives et jugulaires internes. Dans sa partie antérieure, la masse répand une odeur nauséabonde, pus jaunâtre.

Elle a dans sa partie antérieure une épaisseur de 4 cent. environ. De chaque côté, cette tumeur est d'une couleur blanchâtre, ressemblant à la laitance du poisson ; dans certains endroits existent des points jaunâtres ramollis par îlots. Par contre, dans d'autres parties, certains points apparurent non altérés et présentant des vésicules à contenu jaunâtre ou rougeâtre. A droite, la masse dégénérée remonte jusqu'à l'os hyoïde. Rien à la partie postérieure de la trachée. On incise la trachée et, sur la muqueuse piquetée, rougeâtre, sur la partie latérale droite, ulcération jaunâtre de la largeur d'une pièce de 20 centimes. Points jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle au dessous de la corde vocale inférieure gauche. Aspect rougeâtre, pointillé sur toute la longueur de la muqueuse du larynx, de la trachée et des grosses bronches. Quelques ganglions carotidiens dégénérés.

A l'ouverture de la cage thoracique, on constate un peu d'épanchement séreux au niveau de la plèvre droite. Adhérences nombreuses et fausses membranes. Dans tout le poumon droit, de la base au sommet, sur toute la partie périphérique, une soixantaine de petits noyaux de la grosseur d'une lentille environ. Ces petits noyaux sont blanchâtres, quelques-uns entourés d'une auréole rougeâtre. Congestion pulmonaire à la partie postérieure. Emphysème à la partie antéro-inférieure. Pas traces de tubercules au sommet. A la partie antérieure et moyenne, sorte de kyste de la

grosseur d'une noix ; la poche en est dure et résistante et le contenu est jaunâtre. Le poumon gauche présente de la congestion à la partie postérieure. A la coupe, il est rouge-vineux ; emphysème à la base. Pas de tubercules, pas de fausses membranes. Une vingtaine de noyaux de la grosseur d'une lentille sont disséminés ; deux ou trois sont gros comme des noyaux de cerise.

Le cœur présente de l'insuffisance tricuspidienne.

Le foie est volumineux. Dans sa partie antérieure et moyenne, petit noyau jaunâtre de la grosseur d'une tête d'épingle. Dans la partie inférieure, au niveau de son bord externe et tranchant, noyau de la grosseur d'une petite olive. A la coupe, il est jaunâtre, non ramolli au centre.

Les reins et la rate ne présentent pas traces de généralisation. Trois petites rates supplémentaires du volume de cerises sont appendues à des branches de bifurcation de l'artère splénique. L'examen histologique fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté a montré qu'on était en présence d'une tumeur conjonctive, essentiellement maligne.

Obs. II. — Lap.... (Jean-Benoît), tanneur, 42 ans, habitant à Just-la-Pendue (Loire), entre le 7 mars 1888 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Sainte-Marthe, n° 5, où l'observation est recueillie par mon collègue et ami, M. A. Chaintre.

Antécédents héréditaires inconnus. Bonne santé habituelle, aspect vigoureux. Il y a quinze ans environ, cet homme s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur située en avant de la trachée, au niveau et au dessus de la fourchette sternale. Cette tumeur augmenta peu à peu d'année en année, mais sans jamais occasionner aucune gêne respiratoire.

Il y a quinze jours seulement, le malade constata l'augmentation subite du volume de sa tumeur, qui en quelques jours arriva à gêner sa respiration d'une façon notable. A son entrée à l'hôpital, on constate une tumeur énorme occupant toute la région antérieure du cou. Cette tumeur est nettement bilobée. Le lobe médian descend jusqu'à la fourchette sternale, derrière laquelle on le voit s'engager profondément ; les deux lobes latéraux sont situés un peu plus haut et recouvrent la région carotidienne des deux côtés. Cette tumeur présente un aspect lobulé et un riche réseau veineux qui en recouvre toute la surface. La peau n'est nullement adhérente en aucun point. Pas de douleurs. A la palpation, on constate quelques bosselures ; quelques points où l'on perçoit une sorte de fausse fluctuation. La tumeur a des adhérences profondes, et il est impossible d'en limiter le contour.

Si l'on fait faire au malade un mouvement de déglutition, on sent la tumeur s'élever en masse avec le larynx. Cette tumeur provoque des accès de suffocation intenses. La respiration est difficile ; tirage et cornage très manifestes. Dès que le malade essaye de faire un mouvement, ces symptômes s'aggravent et il est pris d'une dyspnée très marquée. C'est à peine depuis quinze jours qu'il a de la gêne respiratoire. La voix est faible, éteinte par moments et entrecoupée par des mouvements inspiratoires très pénibles. Pas de douleurs s'irradiant.

Le 8 au matin, l'oppression étant toujours très vive, la face étant cramoisie par moment et l'asphyxie imminente, M. Poncet juge l'intervention chirurgicale nécessaire. Pas d'anesthésie. Une longue incision verticale est pratiquée sur la partie antérieure de la tumeur ; la tumeur est incisée profondément et il sort alors un liquide séro-sanguinolent rempli de masses molles, grisâtres. M. Poncet ne pouvant sentir avec le doigt la trachée située profondément, se donna du jour par une incision transversale intéressant seulement les parois de la poche ; l'incision primitive est ainsi transformée en incision cruciale. Puis, en explorant la partie la plus profonde de la masse de la tumeur, M. Poncet sent la trachée à travers la paroi postérieure de la poche du goitre ; il incise cette paroi épaisse et dure pour avoir la sensation nette du cartilage ricoïde. Aussitôt, la trachéotomie est faite, le malade étant cyanosé et l'asphyxie complète imminente. Une longue canule d'environ 0m,10 est placée, le malade s'asseoit sur le lit d'opération et la respiration se fait bien. Le malade se sent soulagé.

L'hémorrhagie est arrêtée par quelques torsions d'artérioles, on saupoudre la plaie d'iodoforme, on la panse à la gaze. Une heure après l'opération, hémorrhagie grave venant des branches des artères thyroïdiennes supérieures. L'hémostase est faite au moyen des pinces laissées à demeure.

Pendant la soirée et la nuit qui suivent l'opération, le malade respire mieux, mais il est affaibli, pâle et comme exsangue. Le lendemain, à 11 heures du matin, il prend une syncope subite et meurt sans qu'on ait pu le ranimer.

Autopsie. — Par une large incision pratiquée transversalement au-dessus de l'os hyoïde, on enlève toutes les parties molles de la région sous-hyoïdienne jusqu'à la bifurcation de la trachée. La trachée est ramollie dans toute la région qui avoisine la tumeur, surtout à sa partie antérieure. Immédiatement au-dessous de l'isthme du corps thyroïde, elle est coudée à angle obtus et rétrécie brusquement. Elle n'offre pas la déformation en fourreau de sabre.

On trouve un peu partout, mais surtout au-dessous du point rétréci, de petits foyers hémorrhagiques et les lésions d'une trachéite chronique. La tumeur adhère intimement à la trachée, et il est impossible de l'en détacher sans en enlever de petites portions. L'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne, le pneumogastrique et grand sympathique des deux côtés sont recouverts par la tumeur, mais ne paraissent point altérés. La tumeur est sphéroïde, d'une dureté considérable et elle affecte tous les lobes de la glande. Elle entoure à peu près complètement la trachée, mais elle proémine un peu à gauche, ce qui fait produire la coudure de la trachée à droite. Sa consistance générale est dure, ligneuse. Sous la coupe, elle diffère suivant les différents points où on l'examine. En arrière, contre la trachée et sur les côtés, on trouve de l'hypertrophie ancienne du corps thyroïde.

Le tissu de la tumeur, dans ces points, est fin, résistant ; il crie sous le scalpel, il a subi la dégénérescence fibreuse et, dans la partie qui confine directement à la paroi antérieure de la trachée, il offre une consistance et une dureté considérables et comme crétacée. Au contraire, en avant, le néoplasme offre une structure lobulée, des masses blanchâtres de nouvelle formation engainées dans des tissus fibreux, d'où l'on peut, jusqu'à un certain point, les énucléer. Ces masses sont molles, pulpeuses, et constituent presque à elles seules toute la partie antérieure de la tumeur.

On trouve de petits ganglions sur les côtés du cou ; les uns sont dures et paraissent normaux à la coupe, d'autres sont plus gros, un peu différents, et reproduisent, par leur surface de section, l'aspect général de la tumeur ; on le trouve jusque dans le médiastin et le creux sous-claviculaire.

Pas de noyaux de généralisation dans les viscères, rien à l'examen des os longs. Le foie est gras et les poumons ne présentent rien d'anormal. Des préparations microscopiques ont affirmé la malignité de la tumeur. C'est un cancer du corps thyroïde, le sarcome des auteurs.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Néphrite albumineuse dans le cours d'un ictère catarrhal, par Émile Laurent, interne à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris.

Joseph D..., 40 ans, tailleur, d'origine belge, entre le 2 mars 1888 à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris, dans le service du docteur Variot. Cet homme a joui, jusqu'au moment de son

incarcération, d'une excellente santé; il n'a été atteint d'aucune maladie sérieuse qui mérite d'être relevée.

Après toutes les émotions et toutes les fatigues qui précédèrent et suivirent son jugement, il fut pris, très peu de temps après son entrée à la prison de la Santé (derniers jours de février) de frissonnements, de malaise avec courbature; il perdit l'appétit, ressentit quelques douleurs dans le ventre accompagnées de diarrhée. Autant qu'on peut en juger par ses renseignements, tous ces accidents se rapportent à un catarrhe intro-intestinal légèrement fébrile, mais ne rappelant nullement les symptômes ordinaires de la lithiase biliaire.

Le 2 mars, à son entrée, le malade présente une teinte ictérique très prononcée de tous les téguments; les conjonctives, la face inférieure de la langue, sont particulièrement jaunes. Les urines ont une teinte brune très foncée; les matières sont absolument décolorées.

Les urines, examinées à l'aide de l'acide nitrique, présentent les réactions ordinaires des pigments biliaires, mais ne contiennent à ce moment aucune trace d'albumine.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt environ. Il est sensible à la percussion et même à la pression.

La langue est saburrale; pas d'appétit. La diarrhée persiste néanmoins.

La température est normale, le pouls ralenti, régulier. Aucun bruit anormal au cœur.

Les choses restent en cet état jusqu'au 15 mars. A ce moment, on s'aperçoit que la figure de ce malade, toujours très jaune, est devenue bouffie. Les paupières supérieures sont spécialement gonflées. Les urines sont examinées de nouveau. On y trouve de l'albumine en quantité notable. Aucune douleur lombaire, ni aucun autre symptôme accusé par le malade, ne peuvent faire prévoir cette complication qui est survenue silencieusement.

Le 18 mars, la bouffissure de la face a augmenté; l'œdème s'est généralisé, a gagné le dos des pieds, les jambes, les cuisses et les bourses. L'ictère persiste avec la même intensité; les matières fécales sont toujours décolorées.

A part cela, aucun trouble fonctionnel grave; ni céphalée, ni ni vomissements, ni troubles respiratoires; le malade est au régime lacté exclusif depuis le 15 mars et supporte très bien le lait. La diarrhée a disparu.

Les urines ont absolument changé de couleur (18 mars); la teinte brune est remplacée par une coloration rouge-sang assez foncée.

M. le docteur Variot pratique l'examen microscopique du dépôt urinaire et y constate la présence d'un très grand nombre de globules rouges du sang, dont la forme est assez bien conservée: ce qui explique la coloration rouge des urines. Le malade urine quatre litres par jour; l'albumine, dosée à l'albuministré d'Erbach, donne 2 gr.5 par litre.

Du 15 au 25 mars, sous l'influence du régime lacté, les urines oscillent de 3 à 4 litres par jour; elles perdent graduellement leur teinte rouge.

Le 25 mars, les urines contiennent encore 3 gr. d'albumine par litre; leur quantité est de 3 litres et demi, mais l'œdème de la face et des membres a considérablement diminué.

Le 28 mars, les urines tombent à 2 litres; elles ne contiennent plus que 1 gramme et demi d'albumine par litre. Leur coloration et leur limpidité sont à peu près normales. L'ictère, qui a diminué graduellement à partir du 15 mars, a presque entièrement disparu.

Les conjonctives ont encore une coloration jaune.

Du 30 mars au 15 avril, l'état du malade est excellent. L'œdème et l'ictère ont à peu près complètement cédé. On permet au malade des aliments solides. La quantité des urines a baissé et ne dépasse guère 2 litres. L'albumine varie, selon les jours, de 1/2 à 1 gramme.

Nous le considérons comme tout à fait convalescent. Il se promène dans la salle, sort dans le promenoir des prisonniers.

Il a récupéré en grande partie ses forces et son entrain ordinaire.

Réflexions. — Les observations de ce genre sont assez rares. Le docteur Decaudin, dans son excellente thèse sur les relations des maladies du foie et du rein (1878), inspiré par le professeur Brouardel, ne cite qu'une observation analogue de J. Mobins.

Autant, en effet, il est commun de voir la néphrite associée à certaines maladies aiguës ou chroniques du foie, cirrhoses, ictère grave, etc., autant il est rare de la rencontrer dans le cours de l'ictère catarrhal.

Pour ne rien préjuger sur la nature même des lésions de cette variété de néphrite, sur la participation relative de l'épithélium et de la trame conjonctivo-vasculaire dans le processus, nous lui appliquons la vieille dénomination de néphrite albumineuse, qui ne peut faire l'objet d'aucune contestation.

La quantité considérable de globules rouges observés dans l'urine ne permet pas de douter d'une fluxion capillaire dans les réseaux du rein; quant aux altérations épithéliales, nous ne pouvons que les présumer.

Comment interpréter la production de cette néphrite si nettement caractérisée au cours d'un ictère catarrhal? S'agit-il d'une néphrite *a frigore*? Le malade était soigné depuis près de quinze jours à l'Infirmerie pour sa jaunisse; il était par conséquent dans des conditions de température très satisfaisante.

L'explication s'appliquerait à la rigueur à un prisonnier en cellule ou au cachot. Mais ce n'est pas le cas.

Doit-on admettre un rapport pathogénétique entre l'ictère catarrhal et la néphrite? C'est l'interprétation la plus tentante, mais elle est bien discutable.

Dire avec Freirichs que le pigment biliaire peut altérer au moment de la filtration urinaire les épithéliums des tubuli; c'est formuler une hypothèse bien fragile. En effet, nous voyons des centaines d'ictère catarrhal sans néphrite, et l'observation que nous rapportons est tout à fait exceptionnel.

Les pigments biliaires traversent donc presque toujours le parenchyme rénal, sans l'altérer, du moins lorsqu'il s'agit d'un ictère catarrhal.

Il est à peu près certain que lorsque l'ictère catarrhal se complique de néphrite aiguë, il intervient d'autres éléments d'irritation que le pigment biliaire. Ces éléments sont-ils des substances albuminoïdes extractives anormales? des microorganismes? Nous ne le savons pas. On peut se demander enfin si ce malade n'avait pas une lésion antérieure du côté des reins, lésion latente qui aurait subi une exacerbation sous l'influence de l'ictère intercurrent? Il faut rejeter cette idée, car cet homme n'est pas buveur. Les artères sont saines, et avant tous ces accidents, sa santé avait été bonne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire des tumeurs lipomateuses.

I. Lipomes symétriques multiples des gaines tendineuses, par le docteur Sprengel, de Iéna (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, nº 9, p. 153). — II. Lipome arborescent des gaines tendineuses, par le docteur H. Haeckel, de Iéna

(*Ibidem*, 1888, n° 17, p. 297). — III. CONTRIBUTIONS CLINIQUES A L'ÉTUDE DES LIPOMES DU CRANE, par le docteur KOCH (*Munchner medic. Wochenschrift*, 1887, n° 30). — IV. LIPOME DU TESTICULE, par ROSWEL-PARK (Analysé in : *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 2, p. 40).

I. Une petite fille, âgée de dix ans, était affectée depuis environ deux années d'une affection rhumatismale chronique. Elle présentait depuis la même époque une tuméfaction des deux chevilles, qu'on avait mis également sur le compte du rhumatisme. Cette tuméfaction était allée en augmentant, rendant les mouvements douloureux et finalement impossibles. L'inspection de la région fit constater la présence de tuméfactions circonscrites allongées, correspondant au trajet des muscles péroniers et du long extenseur commun des orteils. La pression n'était pas douloureuse à ce niveau ; on ne percevait ni crépitation ni fluctuation.

En fait de diagnostic, on inclina d'abord vers l'hypothèse d'un hygroma des gaines tendineuses, avec dépôts fibrineux abondants ; mais cette hypothèse ne rendait pas compte de l'absence de fluctuation et de crépitation. Un appareil plâtré fut appliqué pendant trois semaines au siège du mal ; on eut ensuite recours au massage. Les mouvements devinrent plus faciles, mais l'état local ne se modifia pas, en raison de quoi M. SPRENGEL se décida à inciser les gaines tendineuses.

L'opération eut lieu le 24 novembre 1886 : incision de 15 centimètres, le long des tendons des péroniers, intéressant la peau et l'aponévrose ; on mit ainsi à nu la gaine tendineuse qui se présenta avec son aspect normal, sauf qu'elle était amincie et très distendue. Après l'avoir ouverte avec l'instrument tranchant, on acquit la preuve que cette distension était opérée par un lipome qui remontait en haut jusqu'à la portion charnue du court peronier, avec laquelle elle avait contracté des adhérences. En bas, la masse lipomateuse descendait jusqu'à l'insertion dudit muscle sur la tubérosité osseuse du cinquième métatarsien. Elle adhérait également au tendon et à sa gaine synoviale, sans que la structure du tendon fut altérée. L'extirpation de la tumeur se fit sans difficulté. L'opération fut répétée cinq jours plus tard sur le tendon du long extenseur commun des orteils et sur les tendons des muscles homonymes du côté opposé, où les choses présentaient la même disposition.

M. Sprengel fait remarquer qu'à son escient ce cas est unique dans la science ; que, d'autre part, les gaines tendineuses ne servent que très exceptionnellement de point de départ à des néoplasmes. Il ajoute qu'à son idée, les tumeurs qu'on a décrites sous le nom de *lipomes acquis de la main et des doigts*, etc., et qui ont fait l'objet d'un très important travail de M. Poulet (REVUE DE CHIRURGIE, 1886, n° 8) peuvent être considérées avec une certaine vraisemblance comme ayant leur point de départ dans les gaines tendineuses. Quant à savoir si l'affection décrite par Johannes Muller sous le nom de lipome arborescent (*lipoma arborescens*) se rapporte à la catégorie des lipomes, ayant cette origine (tendineuse), c'est une question qui reste indécise.

M. Sprengel expose ensuite les raisons qui le portent à supposer que le lieu exact d'origine de ces lipomes tendineux était le tissu cellulaire lâche compris entre les deux feuillets du repli qu'on appelle le mésotendon, et qui est, par rapport au tendon, ce que le mésentère est par rapport à l'intestin. Il repousse l'hypothèse qui consisterait à supposer que la masse lipomateuse s'est développée aux dépens du tissu conjonctif intra-musculaire.

A propos de la symptomatologie, qui ne présente pas de caractères bien tranchés, M. Sprengel note ce détail, que son observation réalise un nouvel exemple de lipomes symétriques, et les faits de ce genre ne sont pas encore très nombreux.

Le traitement de ce genre de tumeur se résume dans l'intervention opératoire.

II. L'observation de M. HAECKEL est un exemple de lipomes arborescents développés dans l'épaisseur même des gaines tendineuses.

Le sujet, un jeune homme de 21 ans, ébéniste, éprouvait depuis trois ans des douleurs limitées d'abord à l'index de la main gauche, et qui, peu à peu, avaient gagné les autres doigts de cette main. En même temps s'était développée une tuméfaction dure, à la face palmaire des doigts. Cette tuméfaction augmentait par moments pour diminuer de nouveau. A ce niveau, le malade percevait un bruit de grincement, quand il faisait mouvoir ses doigts. Les douleurs s'amendaient quand il interrompait ses occupations. Dans les derniers temps, il lui était devenu impossible de fournir un travail soutenu. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on constatait l'état suivant : Tuméfaction dure et douloureuse à la face palmaire de la première phalange des 3e et 5e doigts de la main gauche. A ce niveau, la peau présente son aspect normal. Lorsque les doigts se meuvent, on perçoit une crépitation analogue à celle que produisent les grains riziformes ; de même au niveau de la gaine du long extenseur du pouce, sauf qu'à ce niveau il n'y a ni douleur ni tuméfaction. A la main droite, au niveau de la première phalange des 4e et 5e doigts, on perçoit cette même crépitation ; il n'y a pas non plus, de ce côté, de douleur ni de tuméfaction. Les mouvements de la main droite sont conservés ; les mouvements des doigts de la main gauche ont perdu de leur énergie. L'exploration des muscles avec le courant électrique donne des résultats normaux. Diagnostic : Hygroma des gaines tendineuses, avec grains riziformes.

Un traitement par le massage, la compression, les applications de teinture d'iode resta sans effet utile. Souvent, à la suite du massage, les tuméfactions circonscrites avaient augmenté. On se décida pour une intervention opératoire. Après application de la bande d'Esmarch, une incision est pratiquée le long de la gaine du long extenseur du pouce, à gauche. On met à nu la gaine tendineuse, tuméfiée en forme de cylindre. Après incision, il s'en échappe un liquide couleur de miel, qui s'étire en fils. Le tendon est enveloppé d'une masse néoplasiée, de consistance assez molle, constituée par de petites proéminences sphériques et par un grand nombre de petits corpuscules, les uns en forme de massues, les autres en forme de grappes de raisins. La face interne de la gaine tendineuse était tapissée par des masses de même nature. Après excision de la tumeur, le tendon et sa gaine se présentent avec une surface lisse intacte. Mais pour atteindre le néoplasme jusqu'à son extrémité inférieure, il fallut prolonger l'incision jusqu'à l'endroit où le tendon du long extenseur du pouce s'entrecroise avec celui du long extenseur du carpe. A ce niveau, les gaines des deux tendons communiquaient par un orifice assez vaste, à travers lequel la masse néoplasiée pénétrait dans la gaine du tendon en dernier lieu nommé,

pour se prolonger jusqu'à l'extrémité de cette gaine, à la racine de la main. Cette portion du néoplasme fut également excisée. La cicatrisation s'est faite par première intention. L'opération n'a pas laissé de troubles fonctionnels à sa suite. La crépitation a disparu.

Cinq semaines plus tard, l'opération a été répétée sur les troisième et cinquième doigts de la main gauche. Lorsque le malade sortit de l'hôpital, il ne subsistait plus qu'un peu de faiblesse des mouvements de ces doigts.

M. Haeckel ne connaît que deux observations de lipomes développés dans l'intérieur de gaines tendineuses : celle de M. Sprengel, qui a été reproduite plus haut, et une autre relatée par Haumann dans sa thèse inaugurale (*Ueber Gelenklipom, lipoma arborescens und Sehnenscheiden-Lipomatose*. Inaugural-Dissertation, Bonn, 1887). Cette seconde observation concernait un homme de vingt-sept ans, tonnelier : un lipome arborescent, symétrique, occupait, de chaque côté, la gaine de l'extenseur commun des doigts. Il en résultait, sur la face dorsale de chaque main, une tumeur située immédiatement au-dessous de l'articulation du poignet et qui s'étendait jusque vers le milieu des troisième et quatrième métacarpiens ; tumeur de consistance molle, élastique, fluctuante, suivant les mouvements des tendons. Il semblait, de plus, que dans la profondeur on percevait de la crépitation. On diagnostiqua un hygroma. On fit, à plusieurs reprises, des tentatives pour opérer la tumeur par voie sous-cutanée. Finalement, on procéda à l'excision. On eut ainsi l'occasion de constater qu'on avait affaire à un lipome arborescent, à franges fines, implanté sur le feuillet pariétal de la gaine tendineuse, lequel était fortement épaissi. Le tendon lui-même était libre, réduit à l'état filiforme en certains points. La cicatrisation se fit par première intention ; pas de troubles fonctionnels consécutifs.

A part cela, Billroth (*Allgemeine chirurg. Pathologie und Therapie*, 8e édition, p. 706) mentionne le développement du lipome arborescent dans l'intérieur d'une gaine tendineuse comme un fait d'une extrême rareté.

M. Haeckel a déduit de ces trois observations quelques considérations générales :

Début de l'affection dans le jeune âge; siége de prédilection aux mains et aux pieds ; disposition symétrique de l'affection. Dans deux cas sur trois, la tumeur avait la conformation du lipome arborescent ; lipome simple dans l'autre cas. Dans un cas, le lipome avait eu vraisemblablement son point de départ dans le méso-tendon ; dans un autre cas, sur le feuillet pariétal de la gaine ; dans un troisième cas, le néoplasme intéressait simultanément les feuillets pariétal et viscéral de la gaine et le méso-tendon. Dans un seul cas, altération du tendon, qui était aminci.

Dans les trois cas, les symptômes cliniques out consisté en tuméfactions circonscrites et douleurs ; dans deux cas, il y avait crépitation. Pronostic bénin. Dans les trois cas, la guérison a été obtenue à la suite de l'intervention opératoire. Dans les trois cas, l'affection a été prise pour un hygroma.

III. M. Koch relate deux observations, l'une relative à un sujet qui a été opéré, à la clinique chirurgicale d'Erlangen, d'un lipome de la région frontale; l'autre concernant un malade qui a été opéré d'une tumeur de même nature, siégeant à la partie postéro-supérieure de la région pariétale, du volume d'une orange. Dans les deux cas, le néoplasme s'était développé entre le périoste et les parties molles, muscles, aponévroses, sus-jacentes, et adhérait au périoste.

IV. M. Park a opéré une tumeur indolente du testicule, qui était devenue gênante par son volume. Après ouverture de la tunique vaginale, le testicule se présenta adhérent à une tumeur graisseuse. Les adhérences étaient telles qu'il fallut se résigner à la castration. Le néoplasme n'était autre qu'un lipome.

E. Ricklin.

REVUE D'HYDROLOGIE

La pratique thermale a Amélie-les-Bains, par le docteur L. Delmas, médecin-major de 1re classe (112 pages). Librairie G. Masson.

C'est un véritable traité des eaux d'Amélie que le docteur Delmas a destiné principalement à l'instruction des médecins qui seront successivement chargés des services de l'établissement thermal militaire de cette station. On ne peut qu'applaudir à une semblable intention. Le système déplorable de mutations incessantes dans la direction des hôpitaux thermaux militaires condamne ceux-ci à n'être, la plupart du temps, qu'une sorte d'école primaire mutuelle, dépourvue de toute direction scientifique ou pratique.

L'expérience que M. Delmas doit à un séjour suivi à Amélie, tout exceptionnel, si l'on considère ce qui se passe ailleurs, se trouve ainsi utilisée : il serait bien désirable qu'un semblable exemple pût se reproduire près de tous les établissements analogues. Mais qui pourrait s'en charger fait le plus souvent défaut. La pensée qui a créé ces établissements et la réalisation qui en a été effectuée font grand honneur à notre pays ; mais on a oublié une chose, c'est de leur assurer une mise en œuvre appropriée.

Les eaux d'Amélie font partie, comme l'on sait, de ce groupe si intéressant des eaux des Pyrénées-Orientales, que caractérise une prompte transformation du principe sulfureux (sulfure de sodium) en sulfite et hyposulfite de soude.

Ici, comme dans la plupart des autres stations des Pyrénées, températures élevées, sources multipliées et d'un débit considérable ; moins de variétés qu'ailleurs dans leurs transformations ; installations balnéo-thérapiques très complètes et très variées ; organisation remarquable dans l'aménagement des eaux, captage, réfrigération, distribution.

Des planches explicatives montrent par quels moyens ingénieux on est parvenu à amener, d'une distance relativement grande, aux lieux d'emploi, dans leur intégrité, et à une température appropriée, des eaux d'une délicatesse et d'une altérabilité extrêmes.

Ce qu'on doit traiter surtout à Amélie, ce sont les affections catarrhales de l'appareil respiratoire, les rhumatismes, les dermatoses et les traumatismes et leurs conséquences.

Amélie présente, en outre d'une médication thermale remarquable, des conditions climatériques favorables à un séjour hivernal.

Tous ces sujets sont traités d'une manière concise, mais suffisamment expressive, dans l'excellent travail de M. Delmas.

ÉTUDES SUR AMÉLIE-LES-BAINS, SON CLIMAT ET SES THERMES, par le docteur PUJADE. — 55 pages.

Le docteur Pujade, dans une conférence faite au Congrès de Biarritz, et qu'il reproduit en complétant une exposition nécessairement écourtée, a insisté sur « la fâcheuse tendance d'esprit qui porte les médecins attachés aux stations thermales à élargir sans cesse leur cadre pathologique, de sorte que chacune d'elles devient ainsi une panacée universelle »; et il se borne à énoncer les spécialisations véritables des eaux d'Amélie, lesquelles il limite aux affections de l'appareil respiratoire, au rhumatisme et aux plaies d'armes à feu. Il ne faut donc plus reprocher à tous les médecins hydrologistes de surfaire leur... médication.

Ce n'est pas que les eaux d'Amélie, comme toutes les eaux sulfureuses, et suivant les conditions que leur impose leur propre modalité, ne soient bonnes à bien d'autres choses. Est-ce que l'opium, la quinine, le mercure, médicaments à spécialisations bien définies, ne sont pas bons à bien d'autres choses encore ? Il y a beaucoup de malentendu dans le désaccord qui règne entre la médecine thermale et l'autre. Et ce malentendu est imputable aux représentants de l'une comme de l'autre de ces médecines, et tant est que ce soient réellement des médecines si différentes, aux localités près. Si les uns prenaient la peine d'acquérir quelques notions sur ce que c'est que la médication thermale, et si les autres se donnaient celle de s'expliquer un peu mieux sur ce qu'ils font, on s'entendrait facilement.

Le docteur Pujade s'est appliqué à corriger certaines erreurs répandues au sujet d'inégalités de composition, c'est-à-dire de sulfuration, dans les eaux d'Amélie, attribuées à tort à des mélanges fortuits avec des eaux douces souterraines.

Il est vrai que le Grand-Escaldadou, qui alimente les thermes militaires, est, à de rares occasions, submergé par des crues soudaines du Gave; mais ce n'est là qu'un accident passager et de très courte durée. Quant aux variations dans les émanations sulfurées qui s'observent dans les sources d'Amélie, elles sont dues uniquement à des variations dans la pression barométrique. Elles ne s'accompagnent jamais d'abaissement de la température propre, et de semblables phénomènes se rencontrent sans doute dans les autres localités sulfurées. Telle est du moins l'opinion du docteur Pujade.

MAX. DURAND-FARDEL.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION A L'ÉTUDE DES RACES HUMAINES, par A. DE QUATREFAGES, grand in-8°, XXVIII, 283 pages, Paris, 1887, A. Hennuyer (Bibliothèque ethnologique).

Le savant professeur d'anthropologie du Muséum a divisé en quatre parties l'introduction qui doit être placée en tête de *l'Histoire générale des races humaines*, dont nous avons annoncé la publication dans un précédent article. La première partie est consacrée aux questions générales, à l'homme tertiaire, à l'histoire des races fossiles d'Afrique, d'Asie et d'Amérique, au centre d'apparition de l'espèce, au mode de peuplement du globe et aux anciennes émigrations, à l'acclimatation, etc. La seconde partie a pour sujet la classification des races humaines.

Ce qui caractérise l'enseignement de M. de Quatrefages, c'est qu'il a toujours étudié l'homme en naturaliste. Pour lui, l'homme se place à côté de l'animal, lorsqu'on ne le considère qu'au point de vue de l'anatomie et de la physiologie; il forme un règne à part, le règne humain, parce qu'il présente tout un monde de phénomènes intellectuels, moraux et religieux qui lui sont propres et le distinguent des animaux. « Les animaux raisonnent, ils ont conscience de leurs actes, dit-il, ils sont intelligents »; en revanche, « l'homme seul possède la notion. »

M. de Quatrefages compare ensuite l'homme aux autres êtres organisés, il étudie les variabilités chez les végétaux et chez les animaux, il applique ces faits à l'histoire de l'homme et est amené à conclure que les groupes humains sont autant de races d'une seule et unique espèce. Mais quelle est l'origine de cette espèce ? L'auteur pense que le darwinisme ni le transformisme ne peuvent donner une explication de cette origine, et que ce problème est encore au-dessus du savoir actuel.

L'antiquité de l'espèce humaine et de ses races fossiles est l'un des chapitres les plus intéressants du livre que nous analysons. Toutes les discussions concernant l'existence de l'homme à l'époque tertiaire, que l'auteur admet, sont résumées d'une manière claire et rigoureusement scientifique. L'origine géographique de l'espèce humaine forme un chapitre non moins intéressant. C'est bien en Asie que l'auteur place l'apparition de l'espèce humaine, mais il la place au nord, vers la Sibérie et le Spitzberg, et c'est de là que partent les migrations qui ont peuplé le globe.

La question de l'homme primitif est esquissée par M. de Quatrefages, qui, dans son enseignement, a toujours déclaré qu'il donnait l'antériorité aux races jaunes, mais il a soin de faire observer que la science en est réduite, à cet égard, à quelques conjectures.

A. D.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES DYSPEPSIES PAR LA PAPAÏNE. — Au moment où la thérapeutique des dyspepsies revient à l'ordre du jour, le praticien ne doit pas oublier qu'il possède dans la papaïne « cette pepsine végétale », un agent curatif de premier ordre. Le *carica papaya*, de la famille des cucurbitacées, est le type le plus parfait de ce groupe botanique si curieux, que Darwin appelait « les plantes carnivores », et qui confirme si pleinement le génial adage linnéen : « *Natura non facit saltus* ». On sait que notre regretté Würtz (dans plusieurs communications à l'Institut de France), a démontré que la papaïne agit *avec une énergie et une promptitude extraordinaires*, et que ce ferment végétal dissout au moins mille fois son poids de fibrine humide, aussitôt désagrégée en une pulpe semi-liquide chimiquement semblable à la peptone. Qui peut le plus, peut le moins; l'action de la papaïne sur la viande de bœuf s'étend, naturellement, à l'albumine de l'œuf, au gluten et à toutes substances protéiques des deux règnes. Sur le lait, principalement, l'effet digestif est remarquable, ce qui nous explique les nombreuses guérisons de lientérie infantile obtenues à l'aide de la papaïne par E. Bouchut et d'autres auteurs.

Ainsi que l'a écrit l'un de ces maîtres regrettés, la « papaïne fait digérer, comme l'opium fait dormir ». Ce qui signifie que, sans que l'on s'en doute, les aliments se trouvent par elle

transformés en un fluide nourricier entièrement élaboré, en un nutriment chyliforme, immédiatement assimilable et capable, par conséquent, de réparer avec promptitude les tissus organiques les plus délabrés. L'activité énorme qu'elle imprime aux phénomènes digestifs rend donc la papaïne indispensable dans les innombrables cas où la suralimentation se trouve indiquée (diabète, tuberculose et maladies consomptives). Ce ferment eupeptique merveilleux réveille l'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Tandis que la pepsine n'agit qu'à hautes doses et dans un milieu acide, la papaïne réussit à doses faibles et son action n'est pas aussi infidèle que celle de son homogène animale, plus altérable, et dont la composition varie étrangement selon le mode de préparation employé. Tous les médecins qui ont en recours à la papaïne ont remarqué la constance de son pouvoir dissolvant : son action catalytique sur les albuminoïdes donne lieu au chyme le plus léger et le plus nourrissant qui puisse exister.

L'explication en est aisée à saisir. Tout en apportant à l'estomac le ferment qui lui manque, elle vient en solliciter la sécrétion : action thérapeutique bien plus conforme aux inéluctables lois de la biologie ! Aussi, l'organisme n'a-t-il point pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux, la digestion n'en est que plus parfaite et ne fait ainsi que se rapprocher davantage de l'eupepsie physiologique. Rien d'étonnant, comme conséquence, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements et les vertiges gastralgiques, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences, etc., etc. Son action s'étend, en effet, sur toutes les dyspepsies gastro-entériques qui ne sont, comme l'a très bien vu G. Sée, que des *opérations chimiques défectueuses*. Or, la thérapeutique la meilleure n'est-elle point celle qui repose sur l'étiologie ? Prenons pour exemple un phthisique au 3e degré. Son fonctionnement gastrique éteint se trouve subitement relevé par la papaïne ; alors la diarrhée et les vomissements dérivant de la dyspepsie s'arrêtent ; la digestion s'opère normale et indolore ; les peptones, rapidement dialysées, subissent une absorption et une assimilation faciles et complètes. Il y a donc eu, indirectement, une reconstitution organoplastique opérée par suite du remède apporté à l'insuffisance de sucs digestifs et à leur qualité défectueuse. C'est pour cela qu'un grand nombre de médecins préfèrent la papaïne comme le *meilleur ferment digestif*, le peptogène selon Corvisart. Sa puissance digestive fait en outre, de la papaïne, un véritable élément de force, très utile contre les maladies débilitantes, les convalescences, la phthisie, le rachitisme, etc. L'illustre Vauquelin aimait à le comparer à « du sang privé de son pigment coloré » et le dénommait *sorte de lymphe végétale*...

Pour terminer cette rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été, plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par M. Trouette-Perret, pharmacien. Le *sirop* de papaïne Trouette-Perret est très agréable et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats. L'*élixir* de papaïne de la même marque est à base de liqueur anisée et possède une puissante action curative dans la plupart des formes de dyspepsies ; on en prend un verre à liqueur après chaque repas. Ces préparations, que nous signalons à l'attention de tous les praticiens, sont (de même que le *vin*, les *cachets* et les *dragées* de papaïne), toujours exactement dosées. Leurs effets sont sensiblement identiques pour chacune des formes médicamenteuses, qui effectuent toujours, d'une façon régulière et certaine, la peptonisation des substances albuminoïdes. En recommandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de l'officine. Mais (ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués confrères), la « spécialisation pharmaceutique s'impose absolument pour tout produit qui nécessite un outillage industriel spécial... »

Dr Pol Vernon.

BULLETIN

Sur la présence d'une matière phlogogène dans les bouillons de culture et dans les humeurs naturelles où ont vécu certains microbes. — La méco-narcéine.

Parmi les voies nouvelles que la bactériologie ouvre à l'investigation scientifique, la recherche des produits élaborés par les micro-organismes cultivés dans les milieux artificiels est à coup sûr une des plus curieuses, sinon des plus inattendues. La méthode générale des recherches bactériologiques semble, dès aujourd'hui, tracée. Il ne suffit plus de chercher et d'isoler tel microbe pathogène, il faut encore connaître son histoire naturelle. Il faut préciser, indépendamment de sa morphologie, ses conditions de culture, les causes susceptibles d'entraver ou d'accroître son développement et ses facultés nocives, enfin d'isoler les déchets de sa nutrition et les produits qu'il élabore. Cette dernière étude, pour être toute récente, a déjà été féconde en résultats.

On sait aujourd'hui qu'il existe, dans les milieux nutritifs où l'on a cultivé des microbes pathogènes, des substances toxiques, capables de reproduire plus ou moins exactement les symptômes de la maladie causée par les micro-organismes qui leur ont donné naissance. M. Pasteur a signalé la présence de ces poisons dans les cultures du microbe du choléra des poules ; M. Charrin les a constatés dans celles du bacillus pyocyaneus ; M. Brieger les a isolés dans les cultures des microbes de l'ostéomyélite infectieuse et du choléra asiatique. On sait, d'autre part, que ces mêmes poisons se retrouvent dans les humeurs naturelles des organismes en proie à une infection microbienne. (Selmi, Bouchard, Lépine, etc.)

Dans une séance récente de l'Académie des sciences, M. Chauveau a présenté, au nom de M. Arloing, une intéressante note relative à la présence d'une matière phlogogène dans les bouillons de culture d'un micro-organisme de la péripneumonie contagieuse du bœuf.

Les propriétés de la substance phlogogène indiquée par M. Arloing offrent quelques particularités très intéressantes. Cette substance conserve son activité alors qu'elle a été chauffée à 80 et même 110°. Certaines espèces animales échappent à son action : ainsi se trouve démontrée l'existence d'immunités spécifiques contre les matières secrétées par les microbes, comme on en trouve contre les microbes eux-mêmes.

Un autre fait acquis par les recherches de M. Arloing et dont la portée n'échappera à personne : la même substance phlogogène existe dans les humeurs qui baignent les organes du bœuf où végètent le microbe de la péripneumonie. Les déductions tirées de ces données nouvelles par le professeur de Lyon nous paraissent donc bien légitimes.

« Ces faits, dit-il, ne doivent pas être isolés en bactériologie ; conséquemment, on peut avancer que certains microbes sécrètent des substances phlogogènes dans les milieux artificiels et dans les humeurs naturelles où ils évoluent et se multiplient. Dès lors, il est facile de concevoir que, dans quelques affections microbiennes, les accidents inflammatoires s'étendront au delà de la zone envahie par les microbes,

notion aussi importante à la bactériologie qu'à la thérapeutique. On peut aussi comprendre les effets locaux des venins, sans admettre l'intervention d'un micro-organisme que l'on a vainement cherché dans ces dernières années ; car, si les parcelles de protoplasma que nous appelons des *microbes* peuvent sécréter une matière phlogogène, on ne saurait refuser cette propriété aux cellules de la glande à venin des ophidiens. »

Ce n'est pas une des moins curieuses conséquences des recherches bactériologiques modernes que ce retour aux conceptions humorales. Cet humorisme éclectique, naissant de la doctrine parasitaire, vraiment scientifique celui-là et peu comparable à l'humorisme d'antan, n'est-il pas appelé à un avenir à coup sûr durable et à un rôle peut-être capital dans les questions de pathogénie ?

— A l'Académie de médecine, M. Constantin Paul a révoqué en doute la valeur pratique du nouvel extrait d'opium présenté par M. Laborde dans la séance précédente, sous le nom de méco-narcéine. M. C. Paul a fait remarquer que le produit obtenu par M. Duquesnel et étudié expérimentalement par M. Laborde n'est pas un produit chimiquement défini. La narcéine, en effet, s'y trouve associée à d'autres substances indéterminées, et cela dans des proportions inconnues. Comme tel, cet extrait n'est qu'un curieux produit de laboratoire et non un médicament de composition fixe ; il ne saurait être utilisé en clinique et dans la pratique professionnelle.

— Dans la même séance a été ouverte la discussion sur la nature de la lèpre, question inscrite depuis longtemps déjà à l'ordre du jour de l'Académie. M. Leroy de Méricourt a commencé la lecture d'un intéressant travail concernant les conditions de développement de la lèpre. Nous l'analyserons ultérieurement.

A. D.

NOTES & INFORMATIONS

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris, 1889. — Un rapport adressé par M. Antonin Proust à M. le Ministre du commerce et de l'industrie, et inséré dans le Journal officiel du 14 mars 1885, a fait connaître l'intention du Gouvernement de provoquer la préparation de *Congrès* et de *Conférences* destinés à compléter l'utilité pratique et à rehausser l'éclat de l'Exposition universelle internationale de 1889. Suivant la décision prise en Assemblée générale du 8 octobre 1886 par le Congrès de Biarritz, qui s'est inspiré de la pensée que l'hydrologie et la climatologie ne pouvaient manquer de participer à ces grandes assises de la science, la seconde session triennale du *Congrès international d'hydrologie et de climatologie* se tiendra à Paris en 1889, au commencement du mois d'octobre. La date précise de la réunion sera ultérieurement fixée.

En exécution de l'article 3 des statuts, le bureau du Congrès de Biarritz a transmis à un nouveau Comité le soin d'organiser le Congrès de Paris.

Ce comité est ainsi composé :

M. E. Renou, directeur de l'Observatoire météorologique du Parc de Saint-Maur, vice-président de la Société météorologique de France, président.

Docteur Danjoy, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, vice-président.

Docteur F. de Ranse, membre correspondant de l'Académie de médecine, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, secrétaire général.

Docteur Caulet, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Docteur Fines, directeur de l'Observatoire des Pyrénées-Orientales, à Perpignan.

M. Lemoine, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées, président de la Société météorologique de France.

Docteur Leudet, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

M. Piche, président de la Commission météorologique des Basses-Pyrénées, à Pau.

M. Poincarré, inspecteur général des Ponts et Chaussées et d'hydraulique agricole, vice-président de la Société météorologique de France2

Docteur Tillot, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Docteur Schlemmer, secrétaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, secrétaire.

Le Comité est entré en fonctions et fera connaître plus tard le programme le Congrès. En attendant, il appelle plus particulièrement l'attention de ceux qui voudront bien y participer sur les questions suivantes :

1o Hydrologie. — A. *Hydrologie scientifique.*

1o Des précautions à prendre pour la détermination précise de la température des sources thermales ;

2o Des micro-organismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux ;

3o De l'influence des découvertes bactériologiques sur la thérapeutique thermale ;

4o Programme d'un enseignement de l'hydrologie.

B. *Hydrologie médicale.*

1o Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux ;

2o Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies chroniques du rein ;

3o Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves ;

4o Du traitement hydrominéral dans la tuberculose osseuse et articulaire ;

5o Du traitement hydrominéral et des bains de mer chez les enfants ;

6o Des étuves sèches et humides (technique et applications) ;

7o Des douches locales en hydrothérapie.

2o Climatologie.

1o Conditions qui doivent présider à l'installation d'un observatoire météorologique ;

2o Règles de la prévision du temps. — Organisation de l'annonce du temps dans les stations balnéaires ;

3o Climatologie des différentes stations sanitaires ;

4o Comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques ;

5o De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine ;

6o De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses ;

7o Programme d'un enseignement de la climatologie.

Le Comité rappelle que le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents nationaux et étrangers.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Avis aux candidats ajournés avant le 10 juin 1888. — MM. les candidats ajournés avant le 10 juin 1888 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin ;

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 15 juin, par les candidats ayant échoné avant le 15 mai ;

A partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 10 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 29 mai 1888 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 10 juin, consigneront jusqu'au 12 juin 1888 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 6 AU SAMEDI 12 MAI 1888.

Fièvre typhoïde 10.—Variole 6.— Rongeole 11.— Scarlatine 4. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 50. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 201.— Autres tuberculoses 27. — Tumeurs : Cancéreuses 39. — Autres 4. — Méningite 44. — Congestion et hémorr. cérébrales 40. — Paralysie 6.— Ramollissement cérébral 8.—Maladies organiques du cœur 73. — Bronchite aiguë 31. — Bronchite chronique 33. — Broncho-pneumonie 28.— Pneumonie 75. — Gastro-entérite : Sein 15. — Biberon 29. — Autres 1. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 29. — Suicides 13. — Autres morts violentes 15. — Autres causes de mort 192. — Causes inconnnes 10. — Total de la semaine : 102 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par G. Duval, médecin en chef et fondateur de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, officier d'Académie. Préface par M. le professeur Peter. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

De la préservation de la phthisie pulmonaire et de son traitement dosimétrique, par le docteur Ferron (de Lyon), ex médecin-major de première classe.

Les vénériens et le droit commun, note relative à la prophylaxie de la syphilis et à la règlementation de la prostitution, par le docteur A. Malécat, ancien interne des hôpitaux. — Paris, G. Carré, libraire-éditeur, 1888.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par M. le professeur Baudry, à la Faculté de médecine de Lille. Second et dernier fascicule. Un volume in-8o. — Prix : 7 francs.—Prix de l'ouvrage complet : 13 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 21 26 MAI 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE INTERNE

DE L'HÉMOGLOBINURIE. — PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT, par M. ALBERT ROBIN, membre de l'Académie de médecine.

I

Dans un précédent mémoire, je me suis appuyé sur l'urologie et sur l'évolution d'un cas d'hémoglobinurie provoquée par la marche, pour proposer une théorie nouvelle de cette maladie. Et je suis arrivé à cette conclusion que l'hémoglobinurie résultait de la combinaison de deux processus : l'un, prédisposant, d'ordre général, constitué par un trouble de la nutrition ; le second, d'ordre local, et relevant de la congestion rénale.

Si l'analyse de l'urine m'a révélé l'existence et la nature du premier de ces processus, je n'ai pu juger du second que d'une manière indirecte et en m'appuyant sur des analogies. Aussi son existence demeurerait-elle sujette à caution, ou tout au moins, pourrait-on objecter que cette congestion rénale, si probable qu'elle fut, n'avait rien de certain, puisqu'elle n'avait pas été anatomiquement constatée.

Aussi, tout en proposant cette théorie, j'avais dû l'entourer de certaines réserves, malgré l'appui très réel que la thérapeutique était venu lui prêter.

Mais aujourd'hui, il n'en est plus ainsi. Une autopsie m'a fourni la preuve directe de cette congestion rénale jusqu'alors théoriquement admise. Alors l'hypothèse passe à l'état de fait, et sur cette base solide, on peut, dès maintenant, tenter de fixer la pathogénie de l'hémoglobinurie, d'établir une classification de ses variétés principales, et enfin de pressentir les indications du traitement qu'il convient de lui appliquer.

Le mémoire actuel a pour but, sinon de remplir complètement ce programme, du moins d'en préparer la réalisation.

II

Tout d'abord, voici l'histoire clinique et anatomo-pathologique de la malade qu'il m'a été donné d'observer :

Mme G... est âgée de 73 ans Son père est mort à 52 ans d'une affection chronique de l'estomac ; sa mère a été emportée à 20 ans par une pneumonie. Elle a été mariée pendant 48 ans et a eu six enfants qui ont succombé en bas âge.

Elle n'a jamais été sérieusement malade, et l'on ne trouve dans son histoire aucune trace de syphilis. Il y a cinq ans, elle eut une sciatique assez douloureuse qui dura trois semaines.

Depuis deux ans, les digestions sont assez difficiles ; des vomissements fréquents surviennent au commencement du repas, la constipation est opiniâtre.

La soif est habituellement vive, mais il ne paraît pas y avoir

FEUILLETON

UN MÉDECIN NATURALISTE EN PROVINCE, LÉON DUFOUR.

Suite. — Voir les numéros 13, 14 et 19.

IV. — ANNÉES DE PRATIQUE MÉDICALE

Puis Léon Dufour va dès lors commencer une vie toute nouvelle en quelque sorte : Après une période d'agitation, une vie tranquille, vie d'études suivies et cependant bien variées. La pratique de la médecine ne va pas l'absorber à ce point qu'il ne puisse trouver le temps de continuer ses recherches d'histoire naturelle. En 1830, lorsqu'il présenta son travail d'observations anatomiques et physiologiques sur les insectes hémiptères, Cuvier s'étonnait que l'auteur eut pu concilier de si difficultueuses dissections avec l'exercice de la médecine. Léon Dufour lui expliqua ce fait « en lui faisant remarquer que, dans une petite ville de province, on était bien plus maître de son temps qu'à Paris et qu'on en avait davantage ; on pouvait s'y procurer plus aisément, plus promptement surtout, les sujets pour de semblables anatomies ».

C'est d'ailleurs le propre des esprits vraiment observateurs, par conséquent nés pour l'étude des sciences naturelles, de savoir organiser leur vie de manière à pouvoir sans fatigue au moins apparente, produire des travaux sur les sujets les plus divers. Est-ce dû à une qualité classificatrice toujours en éveil ? Cela est probable. Quoiqu'il en soit, à peine rentré dans ses foyers, Dufour en bon naturaliste s'occupe de mettre ordre aux collections considérables qu'il avait rapportées d'Espagne. Il range les plantes dans son herbier ; mais il en communique les duplicata à ses correspondants, Acharius, en Suède ; Romer et Schultes, en Allemagne ; de Candolle, à Genève ; Nestler et Mougeot, en Alsace ; Bouchet, à Montpellier ; P. de Lapeyrouse, à Toulouse ; Jussieu, Desfontaines, Bosc, Loiseleur-Desonchamps, à Paris. La collection d'insectes, qui était très riche, était d'une conservation difficile au début d'une installation médicale ; le culte pour la science l'emporta sur l'attrait de la possession : Dufour ne balança pas à « offrir ce trésor au prince des entomologistes, seul capable d'en doter la science », à son vénérable ami Latreille.

en de polyurie; la malade n'est pas obligée de se lever pendant la nuit.

C'est au mois de novembre dernier que sa santé semble avoir été touchée, d'abord par une bronchite avec fièvre, puis par une diminution graduelle de l'appétit, ainsi que par une exagération des vomissements. Dès qu'un aliment quelconque est entré dans l'œsophage, il y a une sorte d'intolérance qui provoque des régurgitations bientôt suivies de vomissements. Le régime lacté absolu n'a amené qu'un soulagement très momentané.

L'estomac est douloureux à la pression et très dilaté.

Je fais boire devant moi un verre de lait; le liquide passe d'abord assez facilement, puis la malade retire le verre de ses lèvres, a comme un hoquet et vomit le lait ingéré avant d'avoir eu le temps de saisir son vase. Après le vomissement, qui représente une grande partie du lait ingéré, la malade peut boire tranquillement et sans vomir le reste du verre.

La langue est couverte d'un épais enduit grisâtre.

Le cœur est gros, mais ses battements sont réguliers; le premier temps de la pointe est mal frappé et un peu sourd. Sauf cela, rien d'anormal. Le pouls est régulier, plutôt lent; les artères ne sont pas indurées.

Du côté des poumons, emphysème très marqué, avec quelques râles de bronchite disséminés. Toux fréquente, grasse: expectoration spumeuse mêlée de masses jaunâtres opaques.

Le foie paraît d'un volume normal.

L'état général est assez mauvais; la malade a beaucoup maigri et se sent très faible.

Urine 1200 c.c. environ, jaune foncé, avec un dépôt d'urate d'ammoniaque, sans sucre, renfermant des traces indosables d'albumine.

Je porte le diagnostic: Rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage, gastrite chronique avec dilatation de l'estomac, emphysème pulmonaire et bronchite.

La malade se refuse obstinément au cathétérisme œsophagien.

J'ordonne comme traitement: diminution de la quantité des liquides, eau chloroformée avant l'ingestion des aliments, et six gouttes de teinture de fèves de Saint-Ignace à prendre après chaque repas.

Les 24 et 25 janvier, je pratique l'analyse de l'urine. Elle est ronge, hémaphéique, trouble, peu acide, d'une densité moyenne. Les matériaux solides sont abaissés à 22,68 et 24,33; l'urée à 8,480 et 9,002. Elle renferme des traces impondérables d'albumine.

Cette faible quantité d'albumine attire mon attention, mais je ne trouve rien qui puisse l'expliquer, et l'hypothèse d'une néphrite interstitielle, un instant soulevée, paraît si bien démentie par les autres caractères de l'urine que je n'hésite pas à la repousser.

Le 2 février, on ne constate aucune amélioration du côté de l'œsophage et de l'estomac; les vomissements continuent avec les mêmes caractères; l'appétit est toujours nul; la faiblesse est croissante.

Dans la journée, la malade se plaint de douleurs dans la région lombaire et au niveau de la vessie.

Quand on exerce une pression sur les reins, on détermine une douleur notable, surtout au niveau du rein gauche. Puis, vers le soir, la malade remarque que son urine est rouge comme du sang. Elle passe une très mauvaise nuit, avec une sorte d'intolérance gastrique complète et une pesanteur très pénible dans les reins et dans le bas-ventre. T. M. 38. T. S. 38,8.

Le 3 février, l'état est toujours le même, mais la température s'est abaissée à 37,4. L'urine des vingt-quatre heures ne s'élève qu'à 250 c.c., avec une densité de 1013,5. Les matériaux solides sont descendus à 7,89, l'urée à 1,017, les chlorures à 1,125 et l'acide phosphorique à 0,225.

Mais deux faits tout spécialement me frappent: c'est d'abord la coloration de cette urine qui est d'un brun rouge assez vif, d'apparence vraiment sanguinolente, louche et troublée par d'abondantes particules en suspension. L'examen spectroscopique et chimique ne me laisse aucun doute sur la présence de l'hémoglobine, et je m'attendais à trouver au microscope une grande quantité de globules rouges dans le sédiment. Or, l'urine, abandonnée à elle-même, laissait déposer un sédiment formé de débris organiques de couleur brunâtre, de pigment noir et de quelques globules blancs; mais l'étude la plus attentive ne me permit pas de découvrir le moindre globule rouge, ni même la moindre apparence structurale rappelant la présence d'hématies altérées.

Le second fait, c'est une augmentation notable de l'albumine qui, indosable lors du dernier examen, s'est brusquement élevée à 1 gr. 010 dans la quantité d'urine rendue.

Il se livra donc exclusivement à l'exercice de sa profession, se familiarisant avec les principaux livres de sa bibliothèque, sans négliger de rédiger le journal quotidien de ses observations médicales à la ville et à la campagne. Ces notes de clinique urbaine et rurale forment plusieurs volumes compacts et continuent des cahiers analogues tenus par son père depuis 1787.

La réputation de ce prédécesseur vénéré, la jeunesse de Léon Dufour jointe à sa vigueur, à son activité et à sa bonne volonté, l'expérience qu'il avait déjà acquise par huit années de pratique civile et militaire, contribuèrent à établir avec quelque avantage sa position comme médecin en ville et dans les contrées environnantes, et à lui donner cette vogue qui manque rarement aux praticiens placés dans les mêmes conditions.

Dès son retour de l'armée, il fut chargé du service médical de l'hospice de Saint-Sever; au mois de juillet, la Société de médecine de Toulouse lui octroie le diplôme de membre correspondant, et en septembre de la même année 1814, sur la présentation du préfet du département, il fut nommé par le ministre de l'intérieur membre du jury médical, en remplacement de son père. Il a conservé jusqu'en 1856 ce titre qu'il fit transmettre à son fils aîné.

Dufour ne négligea d'ailleurs rien de ce qui peut éclairer le génie pathologique d'une région. Son livre renferme des pages on ne peut plus intéressantes sur la topographie médicale des pays où il exerça, et s'entourant de documents historiques, il a cherché (p. 241-251) à déterminer les caractères différentiels de l'habitant de la Chalosse et de l'habitant des Landes proprement dits. Bien mieux, il indique les moyens d'assainir les landes: « Les bestiaux de la Chalosse participent aux avantages des conditions locales; ils sont à ceux du paysan de la lande ce qu'est le paysan *vinicole* au *pinocole*: les bœufs de labour y sont élevés, traités avec un soin, une prédilection qui vont jusqu'à une sorte de culte. Le paysan chalossais, surtout des environs de Saint-Sever, se croirait déshonoré s'il produisait en public une paire de bœufs dont la croupe ne serait point arrondie, les épaules puissamment musclées, la peau fine, unie, lustrée et d'une propreté recherchée dans toutes les régions du corps. Si l'on voulait essayer de modifier avantageusement la constitution physique du Lanusquet et la rapprocher par degrés du type chalossais, il conviendrait d'assainir l'air, l'eau et les aliments dans le pays de la lande, c'est-à-dire changer notablement la végétation annuelle du sol en rompant

C'était donc un cas d'hémoglobinurie bien réelle.

Aussitôt l'on se mit en mesure de recueillir un peu de sang. Quand le caillot fut formé, le sérum apparut avec sa coloration jaunâtre normale.

Caractères de l'urine.	24 janvier.	25 janvier.	3 février.	4 février.
—	—	—	—	—
Couleur	rouge hémaphéique	id.	rouge brun	id.
Aspect, ...	très trouble.	id.	id.	id.
Odeur	très forte	id.	fade	id.
Réaction.........	acide	id.	neutre	id.
Quantité..	490 c.c.	460	250 cc.	250 c.c.
Densité..........	1026	1021	1013,5	1012.
Matériaux solides..	24,33	22.68	7,89	6,02
Urée........... .	8.48	9,002	1,017	1,230
Albumine.........	traces	trace	1,010	0,501
Chlorures	5,92	3,312	1,125	1,200
Acide phosphoriq.	0,940	0,966	0,225	0,212
Urohématine	normale	normale	diminuée	diminuée
Indican	abondant	abondant	0	0
Pigments anorm.	0	0	hémoglobine	hémoglobine

Le 4 février, l'état n'a pas varié : les vomissements sont incessants et rien n'a pu les calmer : ni la glace, ni la potion de Rivière, ni l'eau chloroformée, ni même une petite injection hypodermique de chlorhydrate de morphine. La douleur des reins est toujours la même.

L'urine s'est maintenue à 250 c.c., mais sa densité s'est encore abaissée à 1012 ; il n'y a plus que 6 gr. 02 de matières solides, 1,230 d'urée, 1,200 de chlorures, 0,212 d'acide phénique.

L'albumine a un peu diminué ; elle est à 0 gr. 50.

L'aspect et les caractères microscopiques de cette urine ne sont point modifiés depuis hier. Elle est toujours sanguinolente, trouble, et le dépôt ne renferme pas de globules rouges. On s'assure une fois encore que la coloration rouge est bien due à la présence de l'hémoglobine en dissolution.

Le 5 février, l'état de la malade ne s'est pas aggravé ; elle a pu garder un peu de lait ; l'urine a dû augmenter sensiblement, mais il n'a pas été possible de recueillir sa quantité totale. Elle est moins foncée, plus transparente ; elle renferme encore de l'hémoglobine, mais en plus faible proportion que les jours précédents.

Le 6, l'urine est jaune-pâle et toute trace d'hémoglobine a disparu. La malade se sent mieux et ne vomit plus depuis ce matin. Elle paraît uriner abondamment sons elle.

Le 8, malgré toutes nos instances, elle vent rentrer dans sa chambre.

Le 10, elle est obligée de revenir à l'infirmerie. Les vomissements ont reparu, s'accompagnant cette fois d'oppression et d'une légère élévation de la température. L'urine, normale comme couleur, renferme des traces d'albumine.

Le 12, on constate au sommet droit l'existence d'une pneumonie. La malade est encore assez vigoureuse, la pneumonie paraît limitée. En raison de l'état des reins, on se borne à faire des badigeonnages à la teinture d'iode et l'on administre une potion avec 2 gr. d'oxyde blanc d'antimoine.

Le 13, la malade se plaint de ne pas uriner et d'avoir de nouveau une douleur vague dans la région lombaire. Elle est dans une sorte de subdélirium, avec la langue sèche et noirâtre, les yeux chassieux, sans que la température cependant dépasse 37,9. La surveillante de la salle nous confirme que, depuis douze heures environ, il n'y a pas en d'urine. On pratique aussitôt le cathétérisme et l'on retire 120 gr. d'une urine boueuse, d'aspect sanguinolent, dans laquelle on décèle la présence de l'hémoglobine sans le moindre globule rouge dans le sédiment. Le sérum du sang, cette fois, ne fut pas examiné.

Pendant la journée, il y eut quelques ébauches de vomissement ; le soir, vers 8 heures, comme la malade n'avait pas uriné depuis le sondage du matin, on retira environ 50 gr. d'un liquide noirâtre, toujours chargé d'hémoglobine, sans globules rouges. L'agonie commençait.

Vers le matin, la malade s'éteignit.

L'autopsie fut pratiquée le 15 février. Voici les résultats qu'elle fournit :

Le *poumon droit*, très emphysémateux, est dans la plus grande partie de son lobe supérieur le siège d'une pneumonie arrivée à l'état d'hépatisation grise. Le lobe inférieur est extrêmement congestionné.

Le *poumon gauche*, très adhérent à la plèvre pariétale et au péricarde, est entouré dans presque toute son étendue d'une coque fibreuse souvent et irrégulièrement épaissie. Au sommet, petit noyau de pneumonie grise. Congestion très intense du reste de l'organe.

l'immense continuité des pignadars par de larges et profondes clairières dirigées en divers sens, remplacer par le chêne et le platane les pins qui avoisinent les habitations, creuser davantage le lit des ruisseaux, dessécher les fonds marécageux. Il faudrait que la culture du maïs fît reculer celle du panis et du millet, et que la plantation de la vigne pût conquérir de proche en proche ces terrains sableux, presque exclusivement envahis par la bruyère et l'ajonc. »

Dufour ne néglige pas la statistique non plus que la météorologie de son pays. En 1830, la Société centrale d'agriculture de Paris insérait une notice de Dufour sur le froid de l'hiver de 1829-1830, comparé à ceux de 1819-1820 et de 1788-1789, faisant ressortir particulièrement dans ce travail les effets du froid sur les corps organisés comme sur les objets de l'économie domestique. En outre, son mémorial renferme nombre de détails intéressant l'histoire météorologique du pays qu'il habitait.

Suivant Dufour, « le médecin, familiarisé avec l'observation des phénomènes de l'organisme humain, habitué à démêler au milieu des fonctions vitales un ordre dans le développement et la succession des symptômes, est aussi tout spécialement disposé à l'étude de ces grandes perturbations de notre planète. Il peut, sans sortir du cercle habituel de ses investigations, considérer ces troubles atmosphériques comme un état normal, et, tranchons le mot, comme une maladie du globe. »

Dufour resta toujours l'esprit en éveil pour concourir à étendre les bienfaits de la médecine. Que le choléra menace d'envahir les Landes, Dufour s'empresse d'aller étudier le fléau. « En 1832, dans le mois d'août, le choléra-morbus ayant éclaté à Bordeaux, je priai, nous dit-il, mes confrères de l'hôpital Saint-Louis de me prévenir aussitôt que le nombre des cas serait assez considérable pour devenir l'objet d'une étude. Le 30 août, je reçus l'avis de l'occasion favorable, et le lendemain je partis pour faire la connaissance personnelle du terrible fléau. Je ne voulais pas être pris au dépourvu s'il venait se manifester dans nos contrées. Je séjournai une semaine à Bordeaux, suivant chaque matin la visite des médecins chargés du service des cholériques ; je pus ainsi étudier les diverses phases de nombreux cas et assister à l'examen nécroscopique qui révèle si peu de lésions organiques. L'épidémie n'envahit d'ailleurs ni les Landes, ni le Gers, pas plus en 1849 qu'en 1832.

Les *bronches* sont remplies de mucosités sanguinolentes; les *ganglions péri-trachéaux* sont volumineux, durs et noirs.

Le *cœur* est volumineux et surchargé de graisse. L'oreillette droite est distendue par un énorme caillot. La valvule mitrale est épaissie à son bord libre, où l'on remarque de petites nodosités qui ne paraissaient pas gêner son fonctionnement. Les valvules aortiques sont saines. Le muscle cardiaque est mou, friable, couleur feuille morte.

Le ventricule droit et les valvules pulmonaires n'offrent rien de particulier.

L'aorte présente une infinité de petites taches jaunes et molles qui ponctuent toute sa surface jusque dans l'aorte thoracique; ces taches ont tout à fait l'apparence de petites plaques d'aortite aiguë récente. Dans certains points, il existe de petites plaques indurées et crétacées, mais la majeure partie des lésions répond à l'aortite aiguë.

L'œsophage est extrêmement épaissi aux alentours du cardia. Cet épaississement porte exclusivement sur la tunique moyenne qui a pris un aspect comme fibroïde et n'a pas moins de cinq millimètres d'épaisseur; il occupe non seulement le cardia, mais aussi la partie inférieure de l'œsophage, jusqu'au niveau de sa partie moyenne, où il finit insensiblement. La muqueuse est saine et se détache facilement des couches sous-jacentes.

L'estomac est le siège d'une énorme dilatation; il mesure, au moment de l'ouverture du cadavre, 15 centimètres de hauteur et 26 centimètres de largeur. L'épaississement de l'œsophage atteint son maximum au niveau du cardia, au-dessous duquel il cesse brusquement; mais l'orifice lui-même paraît sensiblement rétréci. La muqueuse de l'estomac et l'orifice pylorique ne sont pas altérés.

Le *duodénum* est très adhérent à la face inférieure du foie. Il est sain, ainsi que tout le reste de l'intestin.

Le *foie*, à peine augmenté de volume, est très gras et très mou.

La *rate*, qui pèse 130 grammes, est notablement ramollie. A la coupe, elle présente sur un fond rouge uniforme une grande quantité de points plus foncés qui ont une apparence ecchymotique.

Les deux reins sont plongés dans une énorme atmosphère adipeuse.

Le *rein droit*, très petit, complètement atrophié, ne pèse plus que 45 grammes.

Il mesure :

Longueur.................	7 c. 50
Largeur...................	3 c. »
Epaisseur.................	1 c. 25

La substance propre du rein est considérablement réduite et atrophiée; le bassinet et les calices sont, au contraire, dilatés, de sorte qu'il ne reste pour ainsi dire plus de substance sécrétante. Ce qui persiste est induré et comme fibroïde, mais pourtant notablement congestionné. Il existe dans la partie inférieure du rein un petit kyste rempli d'un liquide brunâtre. Les calices contiennent de petits calculs phosphatiques.

Le *rein gauche* pèse 198 grammes.

Il mesure :

Longueur............	12 c. 50
Largeur.............	6 c. »
Epaisseur...........	3 c. »

Il porte à sa partie supérieure un kyste de la grosseur d'une noisette; ce kyste est rempli de liquide sanguinolent.

Ce qui domine d'une manière tout à fait remarquable quand on coupe ce rein, c'est une congestion colossale et généralisée qui donne à la surface de section une coloration violacée. Les colonnes de Bertin sont même le siège d'une pigmentation très appréciable à l'œil nu. La congestion paraît avoir son maximum à la périphérie des pyramides où la coloration prend un ton violet-noir. La capsule s'enlève assez difficilement; les étoiles de Verheyen sont, elles aussi, le siège d'une intense congestion.

Les calices sont littéralement bondés de petits calculs phosphatiques arrondis, ayant l'aspect de frai de poisson.

Le bassinet ne paraît pas malade.

La *capsule surrénale droite* est complètement ramollie; ce qui en reste est rougeâtre, diffluent et donne l'impression d'une destruction par hémorrhagie interstitielle.

La *capsule gauche* ne paraît pas altérée.

La *vessie* est saine.

L'utérus et ses annexes n'offrent rien à considérer, si ce n'est que le col est oblitéré et que le corps est rempli de liquide gélatineux gris-verdâtre.

Boheraave affirme que jamais il ne vit de malades au commencement de sa pratique sans écrire toutes les circonstances et les signes de la maladie dans l'ordre où ils se présentaient, et qu'il est incroyable combien il avait profité de cette conduite. « Si vous en faites autant, disait-il à ses élèves, vous n'aurez pas plutôt connu quatre ou cinq maladies de la même classe, que vous les reconnaîtrez aisément le reste de votre vie ».

Dufour s'appropria avec succès cette ligne de conduite et n'eut qu'à s'en louer.

Dans sa pratique médicale, il s'inspira constamment *des grands et immortels principes* de l'Ecole Hippocratique : Reproduisons ici quelques-uns des adages qu'il inscrivait volontiers à la première page des journaux de sa clientèle urbaine et rurale: à Hippocrate il emprunte ce précepte : « *Bonum aliquando medicamentum est nullum adhibere medicamentum.* » Bacon lui fournit, dans le même ordre d'idées, l'assertion suivante : « *Medicamentorum varietas ignorantiæ filia est.* » Clerc vient à la rescousse par une quadruple citation recueillie dans son *Histoire naturelle de l'homme malade* :

1o L'alliage n'est jamais aussi parfait que le métal auquel on l'associe; il en est de même de l'amalgame des remèdes;

2o Trop de richesse corrompt les mœurs, trop de remèdes détruit le tempérament;

3o Les médicaments simples que la nature nous donne excèdent beaucoup nos besoins et ont plus de vertu que lorsque l'art les altère;

4o Pour l'homme de bien, la médecine est la plus cruelle des professions; le médecin qui en remplit tous les devoirs est le plus à plaindre des hommes.

On voit par ces divers apophthegmes, qu'il semble ériger en devises, que Léon Dufour ne devait pas abuser dans sa pratique des préparations pharmaceutiques. Voici encore un aphorisme qui n'est pas tendre pour les thérapeutes à outrance, et qui est signé Hildebrandt (*Typhus*) : « Pessimi medendi methodo non omnes trucidantur. » Bien plus, Dufour n'a pas craint d'emprunter à Selle cette boutade un peu cruelle pour les médecins de son temps, quelques sceptiques ajouteraient peut-être aussi pour la médecine de nos jours: «Qu'on diminue le nombre des médecins, et il y en aura de moins mauvais; qu'on s'abstienne de l'usage trop fréquent des

Cerveau et *moelle* saine.

J'ai envoyé à mon ami, le professeur J. Renaut, une préparation du rein gauche, et voici textuellement reproduite la note qu'il a bien voulu me remettre :

« La préparation que j'ai examinée répond au pourtour d'une cavité adventice creusée dans le parenchyme rénal et dont le contenu a disparu.

« Cette préparation comprend, autour de cette cavité, une bande de substance rénale assez large pour qu'on puisse conclure qu'à une distance au moins double ou triple de sa largeur, le rein était lésé d'une façon similaire à celle dont il l'est dans cette largeur même. Il s'agit donc d'une lésion assez étendue.

« Elle consiste dans une néphrite interstitielle de cause artério-scléreuse et intéressant la substance médullaire du rein sur les limites de la substance corticale. Nombre de glomérules ont subi la transformation fibreuse; le tissu interglomérulaire et intertubulaire est constitué par des éléments connectifs jeunes, à la phase muqueuse. Ce tissu occupe les anciens espaces intertubulaires de Ludwig; il est parcouru par des vaisseaux sanguins néoformés.

« L'épithélium des tubes contournés ne présente pas beaucoup de lésions, bien que quelques-uns des tubes renferment des cylindres colloïdes.

« Mais sur cette lésion chronique a évolué manifestement, dans les derniers jours de la vie, une autre lésion. Cette dernière consiste dans un *œdème aigu congestif*.

« Cet œdème aigu congestif ne s'est pas produit diffusément, mais par îlots, comme dans la néphrite varioleuse. Dans ses limites, de nombreux globules blancs ont envahi le tissu conjonctif séparant les tubuli. Ces globules blancs étaient vivants, actifs ; ils se colorent en rouge intense par le picrocarminate. Nombre de glomérules montrent leurs anses vasculaires gorgées de globules blancs. Enfin, certains tubes de Henle sont remplis de ces mêmes globules. Dans les points intéressés, on croirait avoir sous les yeux une néphrite scarlatineuse.

« Ce rein, déjà lésé par la néphrite interstitielle chronique, a été annulé par un coup d'œdème aigu congestif, procédant à la façon de celui qui constitue la lésion rénale-type de la scarlatine. »

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde a forme suraiguë, par Étienne Rollet, interne des hôpitaux de Lyon.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

L'extirpation du goître est devenue de nos jours une opération courante; aussi un certain nombre de cas de cancer du corps thyroïde ont été nettement constatés et ont permis de bien décrire cette affection. Elle est actuellement considérée comme rare, et la forme suraiguë, foudroyante des deux cas précédents, nous ont engagé à les rapporter. Chez les deux malades, le cancer était primitif, car s'il est des cas où il est difficile de dire si la tumeur est primitive ou secondaire, quand le pharynx et l'œsophage envahis ne forment qu'un bloc cancéreux, il en est d'autres, comme dans les deux observations, où la tumeur est nettement primitive. M. Duplay (1), du reste, admet l'existence du cancer primitif nié jadis; il tient cependant pour plus fréquente la présence de tumeurs secondaires. M. Poncet ne partage pas cette opinion; il considère comme beaucoup fréquent le cancer primitif qu'il a rencontré neuf fois en deux ans.

Les symptômes du cancer du corps thyroïde n'ont encore, d'après la description classique, rien de bien précis et rendent souvent le diagnostic très incertain. On se base généralement sur les antécédents, l'âge, les irradiations douloureuses et l'accroissement de la tumeur.

Il est actuellement démontré que ces tumeurs malignes se développent généralement sur d'anciens goîtres. D'après Rose, la néoplasie vient toujours compliquer l'hypertrophie parenchymateuse, si bien qu'il désirerait voir le terme de goître cancéreux remplacer celui de cancer de la glande thyroïde. Cette opinion est peut-être un peu exagérée, et M. Poncet admet la coexistence trois fois sur quatre. Nos deux malades étaient porteurs de vieux goîtres; mais notons qu'ils n'en connaissaient pas d'exemples dans leur pays et que dans leur région le goître n'est pas endémique.

Les antécédents héréditaires ont leur importance; quant à l'âge, Lebert admet que le néoplasme se développe entre 40 et

(1) Duplay. *Pathologie externe*, t. V, p. 199.

remèdes, et l'on aura moins besoin des médecins; dans les deux cas le nombre des malades diminuera de même. »

Léon Dufour fut donc pendant cinquante ans un praticien dans toute la force du terme et des plus appelés. Eh bien! à sa vie professionnelle si absorbante, il sut donner un complément scientifique. Ce fut d'ailleurs pour lui, sinon un repos, au moins une sorte de distraction, que de faire passer sous son scalpel et de décrire les insectes. Aussi, lorsqu'en 1864, il vint présenter comme dernier hommage à l'Académie des sciences l'*Anatomie des Lépidoptères*, pût-il dire que ce travail complétait ses études antérieures sur les neuf ordres d'insectes « qui constituent l'ensemble de la science entomologique ».

Dufour trouva cependant le temps de se marier. Ce fut en 1822, à l'âge de 42 ans. De ce mariage naquirent quatre enfants. En premier lieu, une fille qui se fit religieuse; puis son fils Albert; ensuite son fils Gustave et enfin, en 1830, une fille cadette.

La maison de Dufour à Saint-Sever devint facilement et resta toujours comme une étape pour les naturalistes qui se dirigeaient vers les Pyrénées. Que de noms et combien d'illustres ne pourrait on pas relever parmi ces visiteurs qui partageaient presque tous la passion de leur hôte pour les sciences naturelles! Depuis les noms de Candolle et de Dufresnoy jusqu'à ceux de Milne-Edwards, de Saussure, de Brongniart, sans oublier Decaisne, Audouin, Constant Prévost, et parmi les non-naturalistes Walkenaer, Ampère, Naudet, etc. Nous pourrions même citer parmi nos contemporains le nom du sénateur philanthrope, le docteur Théophile Roussel, alors qu'il étudiait la pellagre dans les Landes, et jusqu'à celui de M. de Freycinet, alors ingénieur, aujourd'hui ministre de la guerre.

Les hommes ne venaient pas seuls visiter Léon Dufour dans sa retraite; les honneurs lui arrivaient aussi. Une multitude de Sociétés médicales ou de Sociétés d'histoire naturelle de France et de l'étranger lui adressaient des diplômes de membre correspondant, titulaire ou honoraire. L'Académie des sciences, dès le 26 avril 1830, le nomma membre correspondant. Le 12 juillet 1831, il recevait le titre de chevalier de la Légion d'honneur; 28 ans plus tard, il était promu officier. L'Académie de médecine lui conféra le titre d'Associé en 1857. Enfin la Société entomologique de France le nomma le 20 janvier 1861 président honoraire à la mort et en remplacement de Duméril. C'étaient là pour Dufour des dédom-

60 ans. Sur 23 cas observés par lui, 3 seulement le furent sur des sujets de 35 à 40 ans. Or nos deux malades, l'un avait 35 ans, l'autre 42, le cancer de la thyroïde se montre donc sur cet organe à un âge peu avancé.

M. P. Berger (1) pose en principe que la peau reste intacte et que les ganglions dégénérés voisins ne se distinguent pas de la tumeur, se confondent avec elles. Ces deux faits se retrouvent chez ces deux malades.

Enfin le cancer du corps thyroïde présente les autres symptômes du goître en général, et chez les malades précédents, on retrouve surtout les phénomènes dûs aux goîtres constricteurs. Le cancer peut pousser des bourgeonnements qui envahissent parfois la trachée, les vaisseaux ou nerfs de la région. Seule, la trachée était envahie dans les deux cas : déprimée dans le sens antéro-postérieur dans l'obs. I, et incurvée et rétrécie dans l'obs. II. On comprend facilement que, par le rétrécissement de ce conduit, on ait observé une respiration sifflante avec attaques de suffocation compliquée d'hypersécrétion muqueuse occasionnant elle-même par moment des attaques de dyspnée effrayante.

On le voit donc, le diagnostic entre goître cancéreux et goître simple est particulièrement délicat. Chez nos deux malades, les téguments étaient intacts, la peau n'était pas rouge. La tumeur n'offrait aucune sensibilité à la pression, pas d'irradiations douloureuses. Par la palpation, on ne pouvait reconnaître sur les côtés la chaîne constituée par les ganglions dégénérés, qui ne sont généralement point distincts du corps thyroïde lui-même.

M. Poncet a constaté l'augmentation du nombre des globules blancs d'une façon très nette dans 3 cas. Il accorde du reste une grande valeur à la dyspnée, au cornage survenus rapidement et surtout à la fièvre. Or, nos deux malades ont présenté ces phénomènes, et chez eux l'intervention chirurgicale a été pratiquée en présence d'une asphyxie imminente. Notons que ces symptômes ont été signalés dans le goître compliqué de thyroïdite, et à ce propos ne pourrait-on pas se demander si quelques-uns de ces cas ne rentrent pas dans les cas de néoplasmes thyroïdiens.

M. Nivet, dans son remarquable *Traité du goître* (1880), ne consacre que quelques lignes au goître squirrheux et rapporte certains exemples de goîtres compliqués de thyroïdite, dont l'examen anatomo-pathologique n'a pas été fait, et ayant l'allure et la marche des néoplasmes.

C'est Nélaton qui a noté les douleurs, les irradiations dans les régions céphalique et cervicale ; mais Rose, au contraire, montre que bien souvent, dans un cancer thyroïdien, on n'observe pas plus de douleurs que dans un simple goître. Nos malades n'ont jamais éprouvé ce symptôme.

Mais il est un signe qui a une réelle valeur, et tous les auteurs s'accordent sur ce point, c'est le développement rapide de la tumeur, c'est l'augmentation de volume presque subite d'un ancien goître, par exemple. La marche de ces néoplasmes a été étudiée dans 24 cas par Rose, et il donne comme termes extrêmes la durée de neuf semaines à un an et demi. Chez nos deux malades, la tumeur a évolué d'une façon extrêmement rapide. Chez le premier malade, c'est seulement trois semaines avant son entrée que le goître augmentait de volume et qu'il était pris d'accidents dyspnéiques. En cinq ou six semaines, la tumeur s'étendait, les accidents de généralisation se déclaraient et l'emportaient. Chez le second malade, quinze jours de maladie.

A quoi est due cette malignité de ces tumeurs du corps thyroïde ? Evidemment, on doit en chercher la cause probable dans sa structure et sa grande vascularité. La charpente conjonctive est à plusieurs égards semblable à celle des glandes acineuses, et les vésicules closes sont tapissées d'une couche épithéliale continue ; quant aux artères, elles sont remarquables par leur énorme calibre disproportionné avec le faible volume de l'organe ; les veines, capillaires et lymphatiques forment de riches plexus. Voilà qui doit expliquer ces cas de généralisation. On a observé des noyaux cancéreux secondaires dans les os, l'endocarde. L'obs. I montre un remarquable exemple de foyers métastatiques dans les poumons, lieux d'élection pour ainsi dire, et dans le foie, où le fait est, croyons-nous, assez rare.

Dans le cancer thyroïdien, la généralisation est souvent rapide en raison de la grande vascularité de l'organe ; elle se fait probablement par transport d'éléments néoplasiques. Dans tous les cas qu'il a observé, M. Poncet a vu les ganglions carotidiens ou médiastiniens envahis.

Quel traitement faut-il opposer au cancer de la glande thyroïde ? M. Boursier (th. d'agrég., 1880) a passé en revue les

(1) P. Berger. *Revue de Hayem*, 1879, p. 723.

---

magements bien mérités à une vie toute de travail. Mais ces dédommagements suffisaient-ils à Dufour ? Nous ne le pensons pas. En tout cas, il recherchait volontiers dans des voyages une trêve à ses multiples occupations. Ces voyages eurent d'ailleurs toujours le même objectif que sa vie toute entière : LA SCIENCE ; pour mobile, le même désir de la recherche de la vérité, et pour aliment la même passion, ce feu sacré de l'étude qui, chez Léon Dufour, ne devait s'éteindre qu'avec la vie.

Dr ALBERTIN.

(A suivre.)

CONCOURS POUR UNE PLACE DE PROSECTEUR A L'AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HÔPITAUX. — Ce concours sera ouvert le lundi 6 août 1888, à quatre heures, à l'Amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 25 juin jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Ambroise Montprofit est chargé d'une mission en Suisse et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation hospitalière et le fonctionnement de l'enseignement chirurgical.

— M. le docteur Félix Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission gratuite en Allemagne, en Autriche et en Russie, à l'effet d'étudier certaines questions relatives à l'organisation scientifique des hôpitaux de ces pays.

— La Société de géographie de Paris vient de décerner une médaille d'or (prix Logerot) à M. le docteur René Verneau, pour sa monographie des îles Canaries (1877-1887).

— M. le docteur Nicouleau, interne de l'Asile d'aliénés de Bordeaux, est nommé médecin adjoint de l'Asile de Saint-Yvon, et placé dans la deuxième classe de son grade (2.500 francs).

***

ASSEMBLÉE DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS. — La 61e assemblée des naturalistes et médecins allemands se tiendra à Cologne du 18 au 23 septembre prochain.

opinions émises sur les indications de l'intervention chirurgicale. Autrefois, elle était réservée comme traitement du goître compresseur et surtout du cancer thyroïdien. Puis Nélaton, Duplay, Lebert et surtout Rose (1), le plus ardent défenseur de l'extirpation du goître, s'élevèrent contre toute opération chirurgicale. Pour Rose, lorsque l'opération pourrait être efficace, le diagnostic n'est pas possible, et il est trop tard quand on reconnaît la nature de la tumeur. M. Poncet partage complètement cette manière de voir.

La seule opération rationnelle, palliative il est vrai, est la trachéotomie. Peut-être pourrait-on songer à l'ablation de la tumeur qui cache la trachée, à l'extirpation du lobe médian dégénéré, lorsqu'il paraît mobile, relativement indépendant du reste de la glande. Mais cette ablation sera laborieuse, le plus souvent dangereuse,et, dans les cas d'asphyxie imminente,une longue incision mettra toute la tumeur médiane à découvert; cette incision sera séance tenante transformée en incision cruciale si l'on manque d'espace.

Il faut alors fendre la tumeur dans toute son épaisseur, sans se préoccuper de l'hémorrhagie dont on se rendra maître assez aisément avec des pinces hémostatiques; puis on cherchera dans le fond de la plaie la trachée que l'on incisera. Ce dernier temps de l'opération est parfois extrêmement laborieux : le doigt est séparé des anneaux qu'il ne sent pas par la paroi postérieure du néoplasme qui, habituellement développé dans un vieux goître, est représenté par une couche épaisse, ligneuse, susceptible de donner le change, surtout lorsque, ce qui est fréquent, la trachée est déviée.

Nous avons vu, en pareil cas, M. Poncet, une fois le néoplasme incisé, l'enlever par fragments avec le doigt en crochet, avec la curette, et se créer ainsi une voie jusqu'à la trachée profondément placée et rejetée sur l'un des côtés.

La thyroïdectomie totale doit être dejetée dans les cas dont nous parlons; elle ne serait du reste pas possible, sans faire courir des dangers mortels immédiats, lorsque le cancer a franchi les limites de la glande et lorsque les ganglions voisins sont envahis.

La trachéotomie reste l'opération de choix; mais, ainsi que nous le faisait remarquer notre maître, M. Poncet, dans les cancers thyroïdiens à marche rapide, elle donne une survie de quelques jours et au maximum de quelques semaines. Une généralisation précoce vient souvent donner l'explication de la mort à brève échéance.

BACTÉRIOLOGIE

La nouvelle méthode rapide de coloration des bacilles tuberculeux de MM. Pittion et G. Roux (de Lyon), par M. J. Renaut.

M. le docteur G. Roux, chef des travaux de clinique médicale, a présenté à la Société des sciences médicales, séance du 16 mai 1888, un procédé proposé par M. Pittion pour la recherche des bacilles de la tuberculose dans les crachats. Ce procédé, très rapide et absolument pratique, a été expérimenté avec succès par MM. Roux et Pittion dans le laboratoire de clinique médicale de M. le professeur Bondet. Je veux le présenter aujourd'hui à nos lecteurs.

(1) E. Rose. Archiv für klin Chirurgie, vol. xxiii.

L'eau d'aniline, indiquée il y a quelques années par Ehrlich, l'acide phénique en solution aqueuse, employée par Neelsen, ont été remplacées ici par l'eau ammoniacale. Les liquides suivants ont donné d'excellents résultats :

Solution A

Alcool	100 grammes.
Fuschine diamant (rouge Magenta).	10 —

Cette solution a été indiquée par M. Louis Dor (*Méthode de coloration rapide des bacilles de la tuberculose et de la lèpre.* Lyon médical, 29 avril 1888).

Solution B

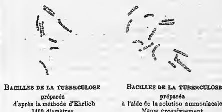
Eau	100 grammes.
Ammoniaque liquide	3 —

Mélange C

Alcool	50 grammes.
Eau	30 —
Acide azotique	20 —
Vert d'aniline	à saturation.

Ce liquide est celui de Frankel dans lequel le bleu de méthyle a été avantageusement remplacé par le vert d'aniline.

Prendre 10 cc. de la solution B, y ajouter 1 cc. de la solution A; le tout est chauffé jusqu'à dégagement de quelques vapeurs. Immerger alors dans ce bain colorant la lamelle porte-crachat, après l'avoir desséchée à l'air, puis passée trois fois dans une flamme oxygénée. Une minute suffit pour obtenir une complète coloration des bacilles. La lamelle est ensuite lavée à grande eau; on laisse tomber sur la face positive 2 ou 3 gouttes du mélange C. L'action de ce liquide ne doit pas être prolongée au-delà de 45 secondes. La préparation est de nouveau lavée à l'eau distillée, puis montée dans le baume au xylol. Un expérimentateur exercé peut ainsi, en deux minutes et demie, obtenir un résultat très satisfaisant. Les bacilles colorés en rose vif tranchent fort bien sur un fond vert-pâle dont la teinte n'est jamais trop foncée ni trop opaque, comme cela arrive si souvent avec l'usage du bleu de méthyle.



Bacilles de la tuberculose préparés d'après la méthode d'Ehrlich 1400 diamètres.

Bacilles de la tuberculose préparés à l'aide de la solution ammoniacale. Même grossissement.

Les liquides suivants sont également recommandables :

Solution A

Alcool	100 grammes.
Violet de gentiane	à saturation.

Solution B

Eau	100 grammes.
Ammoniaque liquide	3 —

Mélange C

Eau...	30 grammes.
Acide sulfurique...	30 —

Solution D

Eau...	100 grammes.
Chryséoïdine...	Q. S.

On opère comme il a été indiqué pour le premier procédé. La lamelle, après une immersion d'une minute dans le mélange des solutions A et B est lavée, puis plongée pendant 45 secondes dans le liquide composé des solutions C et D réunies par parties égales.

Après l'usage de ce procédé, qui repose aussi sur les propriétés de l'eau ammoniacale, on voit à l'examen microscopique les bacilles colorés en violet sur un fond jaune d'or. Rien n'est plus facile, même avec un grossissement relativement faible, que de les décomposer en une série de grains vivement colorés et séparés par des espaces claires.

Un grand nombre de préparations ont été faites : soit avec le nouveau procédé, soit par les méthodes précédemment employées dans les préparations traitées par l'ammoniaque, le microscope a montré un nombre de bacilles sensiblement plus considérable que dans les autres ; cela tient peut-être à ce que les anciennes méthodes ne coloraient pas la totalité des bacilles. On peut présumer que la solution ammoniacale les colore tous ; de nombreuses expériences ont prouvé qu'elle ne colorait qu'eux seuls et était sans action sur les microbes étrangers à la tuberculose. Ces derniers se voient du reste dans la préparation avec la couleur du fond et peuvent être facilement étudiés.

Par l'énergie de son action, l'ammoniaque a donc permis de réduire beaucoup le temps nécessaire aux manipulations ; de plus, les bacilles semblent avoir subi un gonflement. Dans tous les cas, ils paraissent un peu plus larges, tranchent beaucoup mieux, ainsi qu'on pourra s'en assurer par l'examen des deux figures ci-jointes ; l'examen le plus superficiel avec un grossissement très ordinaire suffira à déceler leur présence.

En résumé, *constance dans les résultats*, *coloration intense* et gonflement des bacilles ; *teinte satisfaisante du fond* et surtout *rapidité dans l'exécution*, tels sont les avantages qui rendront cette méthode vraiment clinique. Je ne crois donc pas trop m'avancer en affirmant que, dès qu'elle sera connue comme elle mérite de l'être, elle entrera de plein-pied dans la pratique et se substituera d'emblée au lit du malade à toutes les autres méthodes d'investigation et d'examen du bacille tuberculeux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à la pathologie et à la chirurgie du foie

I. LA PATHOGÉNIE DE L'HÉPATITE INTERSTITIELLE CHRONIQUE PHOSPHORÉE, par le docteur G. KRŒNIG (*Virchow's Archiv*, t. CX, fasc. 3, p. 502, 1887). — II. OBSERVATIONS D'ABCÈS DU FOIE CONSÉCUTIFS A UNE PÉRITYPHLITE LATENTE ET A UN ULCÈRE DU DUODÉNUM, etc., par le docteur REINHOLD (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1887, n° 34).—III. DEUX CAS DE RUPTURE DU FOIE AVEC TRANSPORT EMBOLIQUE DE TISSU HÉPATIQUE, par le docteur SCHMORL (*Deutsche Archiv für klin. Medicin.*, t. XLII, fasc. 5, p. 499, 1888). — IV. UN CAS DE BLESSURE DU FOIE, DU CŒUR, etc., PAR COUP DE FEU, AVEC TRANSPORT EMBOLIQUE DU TISSU HÉPATIQUE, par le professeur ZENKER (*Ibidem*, p. 505).—V. RÉSECTION D'UN LOBE ÉTRANGLÉ DU FOIE ; GUÉRISON, par le docteur LANGENBUCH (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 3). — VI UN CAS DE MOBILITÉ ANORMALE DU FOIE, par le docteur ROSENKRANZ (*Ibidem*, 1887, n° 38).

I. Après avoir passé en revue les principaux travaux qui ont trait à l'étude des altérations du foie consécutives à l'empoisonnement par le phosphore, M. Krœnig expose les résultats des recherches expérimentales qu'il a entreprises pour élucider cette question. Chez cinq chiens, il a développé une intoxication chronique par le phosphore. Deux de ces animaux n'ont pu être utilisés pour le but visé, le premier ayant présenté des symptômes d'intoxication aiguë et le second ayant péri subitement dans le cours de l'expérience. Les trois autres ont été sacrifiés après avoir absorbé : le premier (n° 3) 4 décigrammes de phosphore en l'espace de 107 jours ; le second 2 décigrammes en l'espace de 25 jours, et le troisième 9 décigrammes en l'espace de 70 jours.

Les lésions hépatiques constatées à l'autopsie de ces trois chiens intéressaient les cellules de la glande, le tissu interstitiel et les vaisseaux. Les cellules glandulaires avaient subi une dégénérescence graisseuse partielle ; leurs contours étaient mal dessinés ; on y découvrait des vacuoles, mais seulement peu de granulations. L'emploi des réactifs colorants donnait des résultats très variables, suivant le degré d'altération des cellules et de leurs noyaux.

La gaine péri-vasculaire était en état d'hyperplasie. Chez le premier (n° 3) des trois chiens dont il a été question à l'instant, la masse du tissu conjonctif qui enveloppe les ramifications de la veine-porte et les canalicules biliaires de gros calibre avait manifestement augmenté ; les noyaux de ce tissu conjonctif avaient pour la plupart la forme de fuseaux et de bâtonnets.

Du côté des vaisseaux, M. Krœnig a rencontré, comme altération constante, la dégénérescence hyaline des fibrilles conjonctives de la paroi vasculaire. Chez le chien n° 3, cette dégénérescence intéressait également les cellules de l'endothélium et les globules rouges et blancs contenus dans ces vaisseaux. Chez le chien dont il a été question en premier lieu (symptômes d'intoxication aiguë), les canalicules biliaires étaient distendus et obstrués par des cellules épithéliales détachées et ayant subi la dégénérescence hyaline. Ce genre d'altération serait, à l'idée de l'auteur, la cause anatomique de l'ictère qu'on observe dans le cours de l'intoxication phosphorée. Dans un cas, il semblait y avoir néoformation de canalicules biliaires ; mais l'auteur prétend que cette néoformation est souvent illusoire, que ce que l'on prend pour des canalicules biliaires néoformés ne sont en somme que des canalicules devenus plus apparents par suite de la disparition de leur revêtement épithélial.

Enfin, l'auteur a observé également de petits foyers de nécrose, représentés par des amas irréguliers de cellules hépatiques désorganisées, qui tranchaient par leur état granuleux et leur pigmentation diffuse sur les éléments du tissu ambiant. A la périphérie de ces amas se voyaient des corpuscules migrateurs. L'apparition de ces foyers de nécrose ne pouvait être rattachée à une oblitération des vaisseaux hépatiques, car les tentatives faites pour injecter ceux-ci ont pleinement réussi : la masse à injection pénétrait jusque dans la veine

centrale du lobule, à travers les ramifications intra-acineuses.

L'auteur conclut en fin de compte, que dans l'intoxication phosphorée chronique, le poison en circulation dans le sang porte atteinte à la nutrition des cellules hépatiques et aussi des éléments constituants de la paroi des vaisseaux les plus ténus; que les résidus de cette altération des éléments anatomiques, qu'ils restent sur place ou qu'ils soient résorbés, irritent le tissu conjonctif qui entoure les ramifications de la veine-porte et provoquent la prolifération de ce tissu interstitiel.

II. M. Reinhold relate d'abord deux cas d'hépatite suppurée consécutive à une pérityphlite à évolution tout à fait latente. Ces cas démontrent une fois de plus la nécessité d'intervenir chirurgicalement dans les cas de pérityphlite suppurée, pour frayer au pus une issue au dehors et assurer ainsi une guérison sûre et définitive.

Le sujet de la première observation, une jeune fille de 16 ans et demi, avait raconté qu'à la suite d'un écart de régime elle avait été prise de vomissements, de douleurs de ventre et de constipation; des pilules purgatives lui avaient procuré du soulagement. Puis survinrent de la fièvre et une violente céphalalgie, qui déterminèrent la malade à se faire admettre à l'hôpital.

L'examen des organes abdominaux ne fit pas découvrir autre chose d'anormal qu'une tuméfaction de la rate, qui alla en augmentant. Dans la suite, on put constater un léger degré de tuméfaction du foie. Quant au reste, le ventre n'était pas douloureux à la palpation, notamment dans la région iléo-cæcale. Dans la suite se développa un peu d'ictère et de l'albuminurie, avec œdème des membres inférieurs. Il n'y avait aucun indice de fluctuation au niveau du foie tuméfié. La malade succomba dans le coma un mois après son entrée à l'hôpital. Autopsie : Abcès multiples, de dimensions variables, dans le foie, ayant eu pour point de départ un petit foyer de suppuration contigu au cæcum. Ce dernier était fixé par des adhérences solides au rectum et au mésentère de l'appendice vermiforme, au sommet duquel se voyait une cicatrice radiée.

Le second cas, qui concerne une femme de 25 ans, présente avec le premier une très grande analogie.

Chez une troisième malade, une femme de trente-cinq ans, les symptômes hépatiques ont prédominé dès le début : tuméfaction et endolorissement du foie; plus tard, fluctuation en un point proéminent; ictère et frissons. Une incision exploratrice conduisit sur une collection purulente volumineuse. Plus tard, lorsqu'on se décida à faire une incision définitive, une ponction faite avec une seringue de Pravaz, au siège présumé de la collection purulente, ne fournit pas de pus. On sursit à l'opération, et, quelques jours plus tard, la malade succombait.

Autopsie : Pas de traces d'une réaction inflammatoire sur le péritoine. Sur la portion supérieure du duodénum siégeait une ulcération de 3 cent. de diamètre. A ce niveau, l'intestin était fixé par des adhérences à la vésicule biliaire et communiquait avec cet organe. Le lobe droit du foie était parsemé d'abcès de dimension variées, dont un, très volumineux, siégeait immédiatement en arrière de la vésicule biliaire. Thrombose de la veine cave inférieure, immédiatement au-dessous du foie.

L'auteur explique ainsi l'enchaînement des accidents :

Ulcération et perforation de la vésicule biliaire par un calcul; en l'absence de traces d'une extension directe du processus de la vésicule biliaire au foie, propagation vraisemblable de l'agent pyogène par l'intermédiaire du sang. Si la ponction finale n'a pas fourni de pus, cela tenait sans doute à un déplacement de l'organe de bas en haut.

Dans un cas pareil, l'auteur estime qu'il y aurait lieu de fixer le foie en place par des points de suture, et de recourir à un pansement plus capable de favoriser la réaction locale que le pansement à la gaze iodoformée, qu'on avait employé dans ce cas.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE D'HYDROLOGIE

Suite. — Voir le numéro précédent.

De l'action des eaux d'Aix-les Bains, Marlioz et Challes, dans le traitement de la syphilis, par le docteur Blanc (56 pages). — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'intervention du soufre et des eaux sulfureuses dans la syphilis, au point de vue du traitement de la syphilis et de ses déterminations diverses, et des conséquences du traitement mercuriel ou ioduré, est étudiée avec beaucoup de soin par M. Blanc. Cette étude pourrait du reste être signée aussi bien par un médecin de Luchon ou de Cauterets. Les propriétés excitantes et reconstituantes des eaux sulfurées sont bien exposées, comme leurs propriétés cicatrisantes qui sont en grande partie des actions substitutives, comme leurs actions éliminatrices et leurs actions manifestantes. On pourrait même penser que ces expositions très exactes s'adresseraient mieux encore aux sulfurées sodiques des Pyrénées qu'aux sulfurées difficilement déterminables d'Aix. Comme médication, à proprement parler sulfureuse, les eaux d'Aix en Savoie, comme celles d'Aix-la-Chapelle, sont d'un titre inférieur. Il est vrai qu'à Aix en Savoie on a la faculté d'utiliser des eaux voisines très médicamenteuses : Marlioz, sulfurée sodique (froide par exception) et Challes, sulfurée, exceptionnellement aussi iodurée et bromurée. Par elles-mêmes, les eaux d'Aix, comme celles d'Aix-la-Chapelle, agissent surtout par leur thermalité et leurs modes d'administration; je dis *surtout*, et non exclusivement.

Du reste, les conclusions pratiques de ce travail ne font que confirmer les principes, très généralement acceptés, qui ressortent clairement de communications multipliées faites sur ce sujet depuis longtemps à la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Ces conclusions sont textuellement les suivantes :

Les eaux d'Aix à elles seules ne guérissent pas la syphilis, mais elles ont une influence considérable sur cette maladie.

Par leur action stimulante, elles appellent à la peau les manifestations syphilitiques, éclairent par conséquent le diagnostic et dirigent le médecin.

Administrées concurremment avec les eaux plus sulfureuses de Challes et de Marlioz, elles facilitent l'absorption et la tolérance des préparations mercurielles et iodurées, rendent ainsi plus facile la guérison radicale de la syphilis, alors qu'avant l'adjonction du traitement thermal les médicaments spécifiques avaient été mal tolérés ou mal absorbés.

Par l'excitation cutanée qu'elles produisent, elles accélèrent la circulation sanguine et lymphatique, elles impriment aux ulcérations une modification curative, surtout lorsque les diathèses scrofuleuses ou rhumatismales sont en jeu.

Par la modification générale qu'elles impriment à l'économie, elles mettent les malades dans les meilleures conditions pour résister aux effets nuisibles produits soit par la maladie syphilitique, soit par l'usage des médicaments spécifiques.

Syphilis et eaux sulfureuses, par le docteur Henry Collin fils (29 pages). — Imprimerie Henri Jouve.

Cette courte étude contient quelques observations intéressantes touchant l'évolution de la syphilis et le traitement de cette maladie par les eaux sulfureuses. Elle permet, en outre, de prévoir que l'honorable inspecteur de Saint-Honoré trouvera dans son fils un digne continuateur de ses travaux distingués.

Le virus syphilitique étant un, les différences de formes, de siège et de gravité qui s'observent dans ses déterminations dépendent essentiellement du terrain dans lequel il évolue, c'est-à-dire des diathèses régnantes, herpétisme, arthritisme ou scrofule. Il y a là une grande part de vérité; mais il y a lieu de faire quelques réserves sur ce sujet.

Tout le monde n'est pas herpétique, arthritique ou scrofuleux. Il y a bien des constitutions indifférentes, en apparence du moins, et, si on ne peut mettre en doute qu'il existe de grandes inégalités dans les conditions de réceptivité des individus, je ne crois pas que l'unicité d'énergie ou de toxicité du virus syphilitique soit démontrée. Si le virus variolique est un, il ne paraît pas que ses effets se trouvent sous l'unique dépendance des conditions de réceptivité, et ne répondent pas à des différences dans son énergie propre. Il y a des épidémies de variole graves et d'autres bénignes.

L'action manifestante des eaux sulfureuses (ou autres), sur laquelle on a établi le traitement d'épreuve de la syphilis, est souvent un leurre. Ses résultats (comme ceux de la poussée thermale en général) dépendent beaucoup plus des conditions de l'organisme que de la qualité du traitement lui-même. Les conditions les plus favorables à sa réussite se rencontrent chez les herpétiques. Il faut se garder de chercher à les obtenir de force, et l'on ne peut guère attacher de signification à leur défaut.

Les remarques de l'auteur sur tous ces points sont fort justes et fort sages.

Il ne faudrait pas cependant, au point de vue de l'interprétation des phénomènes de ce genre, envisager trop exclusivement ce qu'on peut appeler l'aptitude diathésique, ou l'action pathogénétique, de l'eau minérale considérée en elle-même. L'emploi de la thermalité et de certains modes d'administration, en dehors de toute intervention effective ou inopportune, y prend également une part effective.

Les eaux de Saint-Honoré, comme les eaux sulfureuses en général, facilitent la tolérance des spécifiques et du mercure en particulier. M. Collin met même en relief la qualité arsénicale, rarement constatée encore dans les eaux sulfurées, des eaux de Saint-Honoré, au sujet des qualités reconstituantes de ces dernières.

Parmi les conclusions de cet intéressant travail, je détacherai les suivantes :

Les eaux thermales sulfurées sodiques et arsénicales de Saint-Honoré agissent favorablement dans le traitement de la syphilis :

a) En favorisant l'absorption, l'assimilation et l'élimination du mercure ;

b) En modifiant les divers terrains sur lesquels évolue la syphilis ;

c) En luttant avantageusement contre l'état de faiblesse organique qui succède à l'infection syphilitique.

Faut-il en conclure que l'action des eaux de Saint-Honoré, dans le traitement de la syphilis et de ses conséquences, soit tout à fait identique à celle des eaux franchement sulfurées sodiques des Pyrénées, et qu'il n'y ait aucune distinction à faire entre les indications des unes et des autres ?

Ceci est une autre affaire.

Max. Durand-Fardel.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Les herpès génitaux, par MM. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, et Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage.

Voici un bien gros livre pour une maladie légère, éphémère, plus incommode que douloureuse, qui disparaît sans traitement et n'influe en rien, par elle-même, sur la santé générale. Mais c'est que le moindre problème pathologique renferme toute la médecine, et l'on pouvait s'attendre à ce que les deux auteurs qui l'ont signé, ce livre, sauraient en faire sortir toutes sortes d'enseignements applicables à toutes sortes de sujets. Il faut dire que l'*herpès progénital récidivant*, qui n'est presque rien par lui-même, se trouve propre à engendrer une forme d'hypocondrie syphilophobique suffisante pour empoisonner toute une existence.

L'herpès progénital récidivant a toujours une origine vénérienne, presque toujours une chancrelle, dont il occupe, sur la muqueuse du gland ou du prépuce, ou sur la peau, la place effacée. Annoncé par un prurit local et quelques expansions sensoriales dans les régions avoisinantes, il se compose d'un ou plusieurs îlots de vésicules, à contour polycyclique, plantés sur un fond érythémateux, à l'apparition duquel peut se borner l'éruption. La durée de celle-ci n'excède pas un septénaire : la vésicule se dessèche, une croûte se forme à son sommet, puis tout disparaît sans laisser de traces, à moins d'interventions irritatives inopportunes.

Les récidives se reproduisent, spontanément ou par suite d'occasions, à des intervalles, souvent très réguliers, de plusieurs mois, plus ou moins, et tendent à s'épuiser à mesure qu'on s'éloigne de l'époque initiale de l'accident vénérien et de la période d'activité génitale.

Quant à la question d'étiologie pathogénique, elle est enfermée dans les trois termes suivants :

1° Accident vénérien fixant le siège ;
2° Etat arthritique préparant le terrain ;
3° Ensemencement microbien.

Les deux premiers termes sont affaire de constatation et d'observation. Le troisième est encore à l'état de spéculation ; mais l'argumentation qui supplée ici au défaut d'éléments directs de démonstration est bien séduisante. Il faut la lire tout entière, ce que rendront facile ses qualités particulières

d'expression; je me bornerai à en extraire le passage suivant :

« Pour les actes du monde vivant, toutes les fois que vous voyez surgir une *périodicité* indépendante du jeu naturel des fonctions, cherchez, et vous trouverez la cause du phénomène dans la présence et l'évolution d'un parasite. Si l'herpès récidive, c'est que la cause matérielle, microbienne, qui l'engendre, a elle-même une alternance de périodes d'action et de périodes de repos. Et s'il récidive à intervalles à peu près égaux, c'est que son agent générateur, comme tous les autres principes du même ordre, a ses passages de vie latente à vie active et reproductive, subordonnés à un ensemble des phénomènes (savoir : la digestion et la consommation des réserves nutritives), lequel ensemble de phénomènes, surtout quand il se passe dans la même région, exige toujours pour ses répétitions successives un laps de temps similaire. En deux mots, l'herpès se reproduit et se reproduit régulièrement, parce que sa cause est de l'ordre de celles qui se reproduisent, et qui se reproduisent régulièrement.

MAX. DURAND-FARDEL.

NOTES & INFORMATIONS

PRIX A DÉCERNER AUX MÉDECINS MILITAIRES EN 1889. — Par application des dispositions de la décision ministérielle du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, le Ministre de la guerre a décidé que les sujets traités pour les prix à décerner en 1889 seront laissés au choix des candidats; mais ils seront inédits et se rapporteront exclusivement à la médecine ou à la chirurgie d'armée.

Les médecins militaires qui prendront part au concours devront autant que possible faire transcrire leur mémoire par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

Les mémoires seront renfermés dans une enveloppe scellée portant une épigraphe, et cette mention en gros caractères : « Concours pour le prix de médecine et de chirurgie. Ne pas ouvrir. »

L'épigraphe sera répétée sur une autre enveloppe plus petite, scellée de trois cachets à la cire et contenant la signature, les noms, prénoms, grade et emploi de l'auteur.

Le tout sera placé dans une enveloppe portant comme suscription : « Monsieur le Ministre de la guerre. Direction du service de santé. »

Les Mémoires devront parvenir directement, et sans aucun intermédiaire, au Ministre, avant le 15 novembre 1889.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Voici quels sont les résultats des mesures récentes prises pour la mise en fourrière des chiens errants :

Du 1er au 25 avril, 3,153 chiens ont été conduits à la fourrière, dont 2,069 pour Paris et 84 pour la banlieue. 85 de ces animaux, porteurs d'un collier indiquant le nom de leurs maîtres, et réclamés dans les trois jours, ont été rendus à leurs propriétaires. Les autres ont été sacrifiés.

M. Dujardin-Beaumetz a donné lecture du rapport ci après:

Le 1er février dernier, un enfant de six ans et demi, en allant acheter des bonbons chez un épicier, voulut caresser et jouer avec un chien en lui prenant les pattes. Ce chien paraissait gai, mais tout à coup il mordit très vivement l'enfant aux deux lèvres, puis prit la fuite. Cet animal était errant et peu connu dans le quartier; il ne portait pas de collier, et, depuis la morsure de l'enfant, on ne l'a point revu. L'enfant fut immédiatement conduit près d'un médecin et, devant les affirmations de l'épicier, qui soutenait que le chien n'était pas malade, le médecin se contenta de faire une suture des lèvres. Ce sont ces mêmes affirmations qui ont empêché de conduire l'enfant à l'Institut Pasteur. Le 3 avril apparaît l'hydrophobie. On conduit alors l'enfant à l'Institut Pasteur, où l'on reconnaît tous les symptômes de la rage, et l'enfant meurt le surlendemain, 5 avril, à quatre heures du matin. Dans cette observation, bien que nous n'ayons aucun renseignement sur le chien et qu'il n'y ait pas d'inoculations avec le bulbe de l'enfant, nous pouvons affirmer néanmoins le diagnostic de la rage. L'incubation ici a été de cinquante jours. (BULLETIN MÉDICAL.)

PHARMACIENS DE SECONDE CLASSE. — M. le ministre de l'Instruction publique adresse la lettre suivante aux recteurs des diverses académies :

Les décrets des 14 juillet 1875, 12 juillet 1878 et 26 juillet 1885, déterminant les conditions d'études imposées aux aspirants aux grades de pharmacien de 1re et de 2e classe, ont abrogé les dispositions du règlement d'administration publique en date du 22 août 1854, qui n'exigeait que six inscriptions des candidats à la 2e classe, élèves des écoles préparatoires. Cependant, j'ai été informé qu'un étudiant venait d'être admis récemment à subir le premier examen probatoire en ne justifiant que de six inscriptions. Ce fait constitue une infraction grave aux prescriptions actuellement en vigueur et j'ai décidé que, si un cas semblable se produisait de nouveau, l'examen ou les examens subis dans ces conditions seraient annulés. Vous voudrez bien en informer MM. les Directeurs des écoles préparatoires de votre ressort académique et profiter de cette occasion pour leur transmettre des instructions très précises. Aux termes de ces instructions, MM. les secrétaires des établissements dont il s'agit ne devront accepter la consignation pour les examens probatoires qu'après s'être assurés d'une façon certaine que le candidat justifie d'un stage complet et d'une scolarité régulière.

Recevez, etc. E. LOCKROY.

SERVICES DENTAIRES GRATUITS DANS LES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le Conseil municipal de Paris vient de décider la création de services dentaires gratuits dans les Bureaux de bienfaisance et les Maisons de secours, et de charger de cette organisation l'École dentaire de Paris, qui avait pris l'initiative de la proposition.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Padieu, professeur de clinique interne à l'École de médecine d'Amiens, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le concours pour une place de médecin-adjoint vient de se terminer. Deux candidats ont pris part aux épreuves.

La question orale traitée était ainsi formulée : *Lobule pulmonaire. Embolie.*

La question écrite : *Complications cérébrales du diabète.*

Nous sommes heureux d'apprendre que ce concours s'est terminé jeudi soir par la nomination de M. Dubreuilh, agrégé de la Faculté.

— Par décision ministérielle, en date du 13 mai 1888, les officiers du corps de santé militaire de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Roblot, pour le

dépôt du 104e d'infanterie; Petit, pour le 126e d'infanterie; Uffoltz, pour le 132e d'infanterie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Jouliard. Du cancer de la glande sous-maxillaire (Contribution à l'étude des néoplasmes des glandes salivaires). - M. Lefèvre (Armand). Tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme.

M. Rousseau. Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë. — M. Marteret. Contribution à l'étude de la paralysie générale à début tardif. — M. Chauveau. Fièvre hystérique. — M. Demelin. Segment inférieur de l'utérus.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 13 AU SAMEDI 19 MAI 1888.

Fièvre typhoïde 12.—Variole 6.— Rougeole 15.— Scarlatine 3. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup, 44 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 185.— Autres tuberculoses 26. — Tumeurs : Cancéreuses 40. — Autres 8. — Méningite 41. — Congestion et hémorr. cérébrales 53. — Paralysie 7.— Ramollissement cérébral 12.—Maladies organiques du cœur 57.— Bronchite aiguë 27. — Bronchite chronique 29. — Broncho-pneumonie 13.— Pneumonie 53. — Gastro-entérite ; Sein 13. — Biberon 38. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 6. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 19. — Sénilité 19. — Suicides 15. — Autres morts violentes 7. — Autres causes de mort 175. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine: 945 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Compte rendu de la première session. Biarritz 1886. Un grand volume in-8 jésus cartonné de 610 pages; prix, 12 fr.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon..

Bibliothèque scientifique internationale : *Physiologie des exercices du corps*, par le docteur Fernand Lagrange. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 1888.

Cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées. Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-88, par le docteur A. Gémy, chirurgien à l'hôpital civil. — Alger, Adolphe Jourdan, libraire-éditeur, 1888.

Des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptiques des plaies et des affections chirurgicales, par le docteur Léopold Dandois, agrégé à l'Université de Louvain, mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bruxelles, F. Hayez, imp. de l'Académie, 1888.

Fièvres de surmenage, par le docteur Rendon. In-8, 3 fr. 50.— A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE INTERNE

DE L'HÉMOGLOBINURIE. — PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT, par M. ALBERT ROBIN, membre de l'Académie de médecine.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III

Résumons brièvement les traits principaux de cette observation :

Une femme de 73 ans, atteinte essentiellement d'une vieille néphrite interstitielle dont elle paraît n'avoir jamais souffert, entre à l'infirmerie pour des troubles gastro-œsophagiens qui font diagnostiquer un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage.

Quelques jours après, elle est prise de douleurs de reins, l'estomac devient absolument intolérant comme il arrive dans un grand nombre de cas d'urémie gastrique, et il se produit soudainement un accès d'hémoglobinurie qui dure 48 heures et qui se juge par une polyurie relative.

Puis, après une courte accalmie, survient une pneumonie accompagnée des mêmes symptômes d'intolérance gastrique, et vers le troisième jour de cette pneumonie, nouvel accès d'hémoglobinurie avec diminution extrême de la quantité d'urine ; mort rapide.

Il paraît évident que le premier accès d'hémoglobinurie s'est accompagné de phénomènes urémiques dont l'intolérance gastrique absolue était l'une des manifestations. Et l'étude de la sécrétion urinaire au moment de l'accès ne laisse aucun doute sur la nature et la cause de cette urémie.

Chez cette malade qui mangeait à peine, et qui, par le fait de son rétrécissement œsophagien et de sa dilatation gastrique se trouvait placée dans les conditions d'assimilation les plus défectueuses, le bilan nutritif était déjà fort réduit, puisque les matériaux solides n'atteignaient pas 25 grammes et que l'urée oscillait de 8 gr. 48 à 9 grammes.

Tout à coup, l'élimination des matériaux solides tombe à 6.02 et 7.89, celle de l'urée à 1.230 et 1.017, tandis que la quantité d'urine fléchit à 250 ! Il en résulte que si diminuées que fussent les éliminations lorsque la malade était entrée à l'infirmerie, il venait cependant de se produire dans le rein telle modification qui réduisait encore son pouvoir d'excrétion. Les accidents urémiques trouvaient donc dans cet abaissement du taux de la décharge urinaire, une légitime explication.

La coïncidence de l'hémoglobinurie avec cette insuffisance rénale aiguë, ne parut un nouvel argument en faveur de l'*origine rénale* de certaines variétés d'hémoglobinurie, et l'absence d'hémoglobine dans le sérum fortifia ma conviction.

Mais à quel processus intime était liée cette insuffisance rénale ! En me fondant sur sa coïncidence avec l'hémoglobinurie et l'élévation subite de l'albuminurie urinaire, j'émis l'idée d'une congestion rénale aiguë, mais sans pouvoir m'expliquer pourquoi la congestion rénale qui s'accompagne ordinairement d'hématurie vraie, n'aboutissait ici qu'à l'hémoglobinurie !

Par conséquent, le diagnostic complet aurait dû être formulé ainsi qu'il suit : Dilatation de l'estomac et rétrécissement œsophagien ayant très sensiblement gêné l'alimentation ; néphrite interstitielle de vieille date, bien tolérée parce que, l'alimentation et l'assimilation étant réduites, le rein n'avait qu'à fournir un faible travail ; puis congestion rénale engendrant concurremment l'hémoglobinurie et une insuffisance d'excrétion génératrice elle-même d'urémie.

La polyurie qui se produisit les jours suivants et qui fut accompagnée d'une rémission de tous les symptômes urémiques en même temps que cessait l'hémoglobinurie, fournissait la preuve de l'exactitude de la seconde partie du diagnostic ; mais quelque probable que fût la congestion rénale, le mécanisme de cette subite insuffisance excrétoire devait demeurer encore hypothétique, si un accès nouveau et en tout semblable au premier n'était survenu à l'occasion d'une pneumonie qui emporta la malade.

La congestion rénale ne pouvait faire aucun doute ; à l'œil nu, elle paraissait intense et généralisée ; au microscope, elle n'était pas diffusée, mais produite par îlots, et suivant l'expression de M. le professeur Renaut « ce rein déjà lésé par la néphrite interstitielle chronique, avait été annulé par un coup d'œdème congestif ».

Donc, en se fondant sur l'évolution du cas qui précède et sur les lésions trouvées à l'autopsie, je crois pouvoir déclarer que la *congestion rénale est la condition locale efficiente de l'hémoglobinurie*.

Quant à la réaction intime qui détruit les globules et met l'hémoglobine en liberté, nous ne la connaissons pas plus aujourd'hui qu'avant l'observation qui fait l'objet de ce mémoire, mais nous savons, à n'en pas douter, qu'elle est préparée sinon causée, par une poussée congestive du côté du rein, en

d'antres termes, que la congestion du rein est le premier acte dn processus local qui aboutit à l'hémoglobinnrie.

Et pourquoi la congestion rénale aigue qui d'ordinaire produit de l'albnminurie et de l'hématurie, ainsi que je l'ai pronvé récemment (1), abontit-elle dans le cas actuel à de l'hémoglobinurie? L'objection est trop légitime pour ne pas venir à l'eeprıt et elle eera certainement posée.

Il n'est pas poesible d'invoquer les lésions rénales antécédentes, puieqn'on a vn, à maintee reprises, des poussées congestives eur dee *reins contractés* se juger purement et simplement par de l'hématurie vraie.

Il y a donc quelque chose de plus qne l'état dn rein. Ainsi que je le disais dans un précédent mémoire, l'acte rénal, quel qu'il soit, serait impuissant à produire l'hémoglohinnrie, si la nntritiou générale n'avait pas été préalablement intéressée, si les globules rougee du eang n'avaient déjà subi, par ce tronble nutritif, un amoindrissement de lenr résistance.

Or, la malade dont il s'agit n'a-t-elle pas été placée, dn fait du rétréciesement de l'œsophage et de la dilatation etomacale, daus lee conditious les plus défavorables pour sa nutritiou? N'était-elle pas en état de semi-inanition depuis plus de deux mois? Et, pour lever tous les doutes qui pourraient snbeister sur l'état de see échanges, ceux-ci n'étaient-ils pas réduits à un minimum difficile à dépasser, avec 24g,33 de matériaux eolides et 9g,003 d'urée dans les vingt-quatre heures?

Il est, en effet, impossible de trouver une déchéance plus complète de la nutritiou, et lee chiffres qui représentent celle-ci nous donnent l'idée de ce que pouvait-être la résistance des tissus d'un tel organisme.

Au moment du coup d'œdème aigu congestif qui a frappé le reiu, globules rougee et globules blancs ont envahi la capsule de Bowman et le tissu conjonctif qui sépare les tubuli; les globulee blanca, cellules indifférentes et par cela même plus aptes à la défeuse, ont résisté, tandis qne les globules rouges, cellulee epécialiećes et rendues plus débiles encore par l'inanition, ont euccombé eur le conp, quand elles ont été privées du plasma qui lee protégeait et qu'ellee se eont tronvées placées dane un milieu anormal pour ellee.

IV

Cette observation vient donc absolument étayer la théorie que j'ai précédemment soutenue, à savoir que l'hémoglobinurie ne saurait ee produire sans le concours de deux facteurs : le premier, préparatoire, est une altération de la nutrition, diminuant la vitalité et par conséquent la résistance des globules rougee du sang; le second, déterminant, est un processus de diesolution rénale à début congestif.

Le trouble nutritif originel n'est pas univoque. Ici, il est la conséquence d'une inanition progreesive, survenue chez une femme déjà touchée par une aucienne néphrite interstitielle; dans mon cas d'hémoglobinurie provoquée par la marche, c'était un excée de la désassimilation azotée; dans d'autre circonetances, la nutrition sera troublée par la syphilis, l'impaludieme, etc. Ce qui importe donc, ce n'est donc pas tant l'étiologie de la lésion de nutrition que cette lésion elle-même; et toute cause capable de la produire, c'est-à-dire tonte cause capable de diminuer la vitalité des globules rouges pourra figurer an nombre des conditions étiologiquee prédisposantes de l'hémoglobinnrie.

Considérées à ce point de vue, les diverses espèces d'hémoglobinurie tendent à s'unifier, et les notioue qui précèdent, loin de compliquer sa pathogénie. l'éclairent singuliérement.

Il est incontestable qn'en clinique, on devra toujours faire une classe à part pour lee hémoglobinuriee paroxystiques, qn'elles soient dnes an froid ou à la fatigue; lee hémoglobinuries survenant à titre d'épiphénomènes dans le cours d'antres affections telles que la syphilis, par exemple, constitueront une seconde variété, tandis que l'on claseera dans une troisième les hémoglobinuries d'origine toxique.

Dans les deux premières variétés, l'action combinée des conditions prédisposantee d'ordre général et de l'acte rénal doit être réalisée, et la différence qui lee eépare réside seulement dans la durée de l'acte rénal. Qu'il soit rapide et eimplement fluxionnel, ainsi qn'il appartient à un réflexe, l'hémoglobinurie aura les allurea d'un paroxyeme; qu'il soit, au contraire, plus lent dane son évolution, comme ce doit être le cas quand la poussée congestive se fait sur un rein déjà malade, l'hémoglobinurie ne sera plue paroxystique, mais affectera une eorte de continuité parallèle à la pouseée rénale.

Essentiellement, lee deux premièree variétée ne diffèrent donc que par la durée de la poussée cougestive du côté du rein.

On conçoit facilement que ai cette pouesee, au lieu d'évoluer comme un mouvement fluxionuel, persiste pendant un certain temps, le rein, même antérieurement sain. peut eubir dee altératione et eutrer en ecène pour sou propre compte. On assiete alors, soit à ce que j'ai décrit sous le nom de congeetion rénale aiguë primitive, soit à une véritable néphrite congestive, qui n'est que l'exagération de la poussée rénale congestive génératrice de l'hémoglobinurie. A plusieurs reprises, j'ai eu l'occasion de constater dee cae de ce genre, et je me propose de les réunir plus tard en un travail d'eneemble.

En réeumé, on peut, dée à présent, tenter de classer les diverses hémoglobiuuries en deux classee :

1o Les hémoglobinnries vraies, qui réclament deux actes pathogéniques associés : l'un, d'ordre général et prédisposant, est caractérisé par tout trouble de la nntrition qui a pour résultante d'amoindrir la vitalité des hématies; l'autre, d'ordre local et déterminant, est une poussée congeetive du côté du rein.

Cette première classe peut, elle-même, se subdiviser en trois variétés :

A. L'hémoglobinurie paroxystique provoquée par le froid ou la marche.

La modication nutritive antécédente est produite par la syphilis, l'impaludisme, l'uricémie, etc, ou par tout autre état pathologique influençant les échanges de façon à diminuer la résistance des globules rongee, soit directement, soit indirectement, en altérant les conditions du milieu conservateur dans lequel ile vivent. L'acte déterminant. la poussée congestive rénale, qu'il eoit direct ou réflexe, a pour caractère essentiel d'être passager; il appartient donc aux mouvements d'ordre fluxionnel, et c'est précisément cette sorte d'instantanéité suivie d'une prompte détente qui cauee

(1) Albert Robin. *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales*, XI, XII et XIII leçons.
Sur la congestion rénale. Paris, 1887.

et caractérise l'allure paroxystique de cette première variété d'hémoglobinurie.

En un mot, c'est le caractère passager de l'acte rénal qui impose à cette hémoglobinurie ses allures paroxystiques.

B. Si la poussée fluxionnelle du côté du rein, l'œdème aigu, comme l'appelle J. Renant, n'est pas suivie d'une immédiate réaction ; si, en d'autres termes, l'acte rénal prend la forme d'un réel et durable mouvement congestif, l'hémoglobinurie ne sera plus paroxystique au sens propre du mot.

Elle pourra durer un certain temps, plusieurs jours, par exemple, et ne constituer, dans la plupart des cas, que le premier acte de la maladie que j'ai récemment décrite sous le nom de congestion rénale aiguë primitive; cette congestion rénale elle-même pourra parcourir rapidement ses divers stades, ou dégénérer en une véritable néphrite d'origine congestive, ainsi que j'en ai observé plusieurs exemples.

C. La troisième variété peut être représentée par l'observation qui fait l'un des objets de ce mémoire, c'est-à-dire l'accès d'hémoglobinurie, non paroxystique, survenant au cours d'une néphrite d'ancienne date et provoquée par une poussée congestive du côté du rein.

A ces trois variétés d'hémoglobinurie, on pourrait donner les dénominations suivantes :

A. Hémoglobinurie paroxystique simple.
B. Hémoglobinurie pré-néphrétique ou pré-brightique.
C. Hémoglobinurie post-néphrétique ou post-brightique.

2° Les hémoglobinuries de la seconde classe n'ont pas besoin, pour se produire, du concours de deux facteurs pathogéniques. La diminution de résistance des globules rouges entre seule en ligne de compte ; par conséquent, tout agent destructeur de leur structure ou perturbateur de leur milieu nutritif, c'est-à-dire tout poison des globules rouges assez violent pour les détruire dans l'intérieur des vaisseaux eux-mêmes, sera capable de produire à lui seul l'hémoglobinurie.

Dans ce cas, l'acte rénal n'a nul besoin d'intervenir ; l'hémoglobine dissoute dans le plasma sanguin filtre à travers le glomérule ou les cellules à bâtonnets des tubu contournés, en vertu de ses propriétés cristalloïdes ; et si les autopsies ont alors révélé des altérations rénales, elles étaient certainement secondaires, soit à l'élimination du poison destructeur des globules rouges, soit à l'irritation produite par l'excrétion d'un produit anormal tel que l'hémoglobine pour le rein.

Et, la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que les lésions rénales qu'on observe dans les hémoglobinuries toxiques diffèrent totalement de celles que le professeur J. Renaut a constatées dans le cas que je lui ai fourni.

En effet, tandis que dans cette variété d'hémoglobinurie il s'agissait d'un « coup d'œdème aigu congestif » annulant temporairement le rein, Ponfick caractérise ainsi les lésions rénales produites par la filtration de l'hémoglobine (1) :

« Les reins sont très augmentés de volume, mais ils ne sont pas toujours très congestionnés ; au contraire, la substance corticale est parfois pâle et de couleur gris sale. La capsule se laisse facilement détacher ; la surface de l'organe dépouillé est tendue ; de petites taches rouge de vin s'y dessinent, comme dans les cas de néphrite hémorrhagique. A la coupe, elles apparaissent plus nombreuses dans l'épaisseur de la substance corticale..... A l'examen microscopique, on remarque que toutes les taches brunes de l'écorce et des raies de la substance médullaire reconnaissent pour cause la présence de bouchons solides dans les canalicules droits et contournés, de couleur rouge les premiers jours et sombre plus tard ; les bouchons ne sont pas formés par un aggrégat de globules rouges dans les tubuli, mais par une substance hyalin ou grenu, coloré par l'hémoglobine. Souvent, on observe, de plus, une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubuli. »

Lebedeff (*Virchow's Arch.*, 1883, t. I, p. 267) décrit des lésions fort semblables, mais il note en plus des vacuoles dans les cellules striées des tubes contournés, une desquamation de l'endothélium capsulaire et la présence d'un exsudat homogène ou granuleux disposé en forme de croissant entre la capsule et le bouquet glomérulaire.

Toute cette seconde classe ressortit aux hémoglobinuries toxiques dont il a été publié déjà nombre d'observations, que l'on trouvera indiquées dans les notes additionnelles de M. Lépine à la traduction française du traité de Bartels. Incontestablement, ici, il s'agit d'abord d'une hémoglobinémie ; les expériences physiologiques et la clinique ne laissent aucun doute à ce sujet.

Les poisons détruisent les globules rouges dans le sang lui-même, c'est le cas de l'hydrogène arsénié, du chlorate de potasse, du naphthol, de l'acide pyrogallique, de l'iode, de la glycérine, de certains champignons, etc.; d'autres, comme l'a démontré Litten, paraissent ne pas détruire complètement les globules rouges, mais seulement en séparer la matière colorante ; ainsi l'aniline dissocie l'hémoglobine du stroma, qui apparaît alors sous forme d'un anneau globulaire.

V

Les considérations que je viens d'exposer éclairent d'un jour nouveau le traitement de l'hémoglobinurie.

Jusqu'à présent, aucune règle fixe ne paraît avoir présidé à cette thérapeutique. Dickinson employa sans succès les ventouses lombaires, les bains de vapeur, l'acide gallique, la quinine et le fer ; Harley se loue du mercure et de la quinine ; W. Gull conseille la teinture de quinquina ; Hassall a réussi avec un mélange d'acide gallique, d'acide tannique et d'alun, associé à une mixture composée de quinquina, sulfate de fer et acide sulfurique ; Beale s'adresse au sulfate de quinine seul ; Habershon au sulfate de quinine associé à l'arsenic ; Begbie au chlorhydrate d'ammoniaque, Ritchie aux boissons chaudes et alcooliques et au repos ; Charteris à la pilocarpine ; enfin, Murri vante le mercure ou, pour mieux dire, le traitement antisyphilitique.

Sauf cette dernière médication, aucun de ces traitements ne s'est imposé ; chacun d'eux compte à son actif autant d'insuccès que de réussites. Ainsi, Morris n'a rien obtenu avec l'acide tannique, Lichtheim a échoué avec le sulfate de quinine, Mackensie avec le perchlorure de fer, tel autre a vu l'hydrothérapie aggraver la maladie.

Il me semble que cette incertitude de la thérapeutique provient précisément des hésitations de la pathogénie. Ici, plus que partout ailleurs, une médication purement symptomatique n'a aucune raison d'être, et c'est la pathogénie seule qui doit fixer les indications du traitement.

Or, j'ai démontré que cette pathogénie se composait de

(1) Bartels. *Les maladies des reins*. Traduction française. — Note additionnelle IV, de M. Lépine, p. 609. — Paris, 1884.

deux éléments; c'est leur connaissance qui imposera la médication à employer.

D'abord, il faudra déterminer la nature du processus d'ordre général qui, par l'intermédiaire d'un trouble de la nutrition, qu'il sera urgent de connaître aussi, diminue la résistance des globules rouges du sang. La diversité de ces processus et des troubles de nutrition qu'ils engendrent explique, jusqu'à un certain point, pourquoi les médications les plus variables ont réussi ou ont échoué, selon qu'elles s'adressaient on non à l'indication pathogénique; et comme c'est, ou bien le hasard, on bien telle indication symptomatique prédominante qui paraît avoir décidé de leur emploi, on doit bien avouer que, jusqu'à présent, la thérapeutique de l'hémoglobinurie n'a rien eu de méthodique.

Car ce processus général, cause prédisposante de l'hémoglobinurie, est extrêmement variable, si j'en juge par la statistique que j'ai recueillie. Voici, en effet, comment se décompose l'étiologie prédisposante de 40 cas d'hémoglobinurie, dans lesquels il y avait assez de renseignements pour que l'on put avoir quelques données sur l'état général antécédent du malade.

Syphilis seule	11 cas
Syphilis et tuberculose pulmonaire	1 »
Impaludisme seul	4 »
Impaludisme et rhumatisme	1 »
Rhumatisme	2 »
Uricémie	1 »
Anémie très marquée	1 »
Anémie et hérédité	1 »
Alcoolisme	1 »
Rachitisme	2 »
Gangrène des extrémités, affection cardiaque	1 »

Soit un total de 26 cas, dans lesquels une maladie générale a pu modifier la nutrition et la résistance globulaire. Il est possible qu'on puisse y ajouter les 14 cas suivants, en raison des troubles nutritifs qui accompagnent toujours les maladies locales qui paraissent avoir joué dans ces cas le rôle de cause prédisposante :

Maladie de Bright ou néphrites diverses	7 cas
Affections du cœur	4 »
Artério-sclérose et affection cardiaque	1 »
Scarlatine et néphrite secondaire	1 »
Pleurésie	1 »

Quant à préciser la nature du trouble des échanges qui sert d'intermédiaire entre ces divers états et la diminution de résistance globulaire, la chose me paraît actuellement impossible.

Dans le cas d'hémoglobinurie provoquée par la marche que j'ai récemment communiqué à la Société médicale des hôpitaux, l'examen des urines m'a fait soupçonner qu'il s'agissait d'un excès de la désassimilation azotée. Mais cette notion ne saurait être considérée que comme un point de départ, et ne préjuge en rien des variations que l'on doit très probablement rencontrer dans la nutrition des hémoglobinuriques. Ce travail est à faire tout entier.

Mais en attendant sa réalisation, et à défaut du trouble nutritif intermédiaire, le médecin qui aura à traiter un hémoglobinurique, devra faire une minutieuse enquête sur son malade et le soumettre à un examen approfondi pour déterminer la nature de l'affection générale on locale prédisposante, afin de diriger contre elle toutes les ressources de sa thérapeutique.

Aux syphilitiques, on opposera le traitement spécifique approprié; aux paludéens, les préparations de quinquina et le sulfate de quinine; aux anémiques, les toniques et les ferrugineux; aux uricémiques, le régime, le benzoate de soude, l'acide arsénieux, etc. En un mot, on traitera la maladie prédisposante, considérée en elle-même et dégagée de sa complication hémoglobinurique.

Mais nous savons que le concours d'un second facteur est indispensable pour produire l'hémoglobinurie. Ce facteur, c'est la congestion rénale. Il importe donc de rechercher les causes qui peuvent la produire, puis de soustraire le malade à toutes ces influences.

Ici encore, j'aurai recours à la statistique. Dans 40 observations, j'ai pu relever la cause locale déterminante :

Refroidissement	25 cas.
Marches, fatigues, efforts	10 »
Marche et refroidissement	1 »
Excès vénériens	1 »
Traumatisme lombaire	2 »
Excès alcooliques	1 »

Par conséquent, le malade sera tenu au repos. On évitera sévèrement toute occasion de refroidissement; il sera vêtu de flanelle. Barlow avait proposé d'habituer peu à peu les sujets à l'action du froid, et il cite le cas d'une enfant qui retira un réel bénéfice de l'usage des bains froids. Ralfe recommande au contraire les bains de mer chauds ou les douches d'eau tiède qu'on refroidit progressivement. Je ne saurais adopter cette pratique, car il paraît réel, à la lecture de plusieurs observations où ce traitement a été adopté, que les douches et les bains ont plutôt aggravé la maladie.

On supprimera aussi les boissons alcooliques, et l'on engagera le malade à s'abstenir pendant un certain temps de tout acte vénérien.

Il importera aussi de surveiller de très près l'alimentation et de soumettre chaque malade à un régime qui variera suivant l'affection générale prédisposante qu'on aura dépistée. En tout état de cause, les aliments oxaliques (oseille, tomates, etc.), ceux qui renferment beaucoup de matières extractives (viandes marinées, charcuterie, etc.), ceux qui exercent une action spéciale sur le rein (asperges, épices, thé, café, bière) devront être interdits.

Pendant les paroxysmes, le séjour au lit et le régime lacté feront tous les frais de la médication.

Dans le cas d'hémoglobinurie provoquée par la marche, que j'ai eu à traiter, l'application de ces principes m'a donné un résultat aussi satisfaisant qu'il est possible, puisque trois années se sont écoulées depuis la complète guérison du malade et que celui-ci n'a cessé de jouir d'une santé parfaite.

Cette sanction, en quelque sorte expérimentale, des vues pathogéniques que je viens d'exposer, est l'appoint le meilleur que l'on pouvait leur apporter; mais, si certaines qu'elles me paraissent, elles ne pourront défier toute objection, que le jour où l'on connaîtra les troubles de nutrition qui modifient la vitalité des globules rouges, et où une thérapeutique appropriée les aura combattus avec succès.

REVUE CRITIQUE

Du diagnostic de la faiblesse de constitution au point de vue du recrutement militaire.

I

Il faut avoir assisté à un conseil de révision pour savoir combien il est souvent difficile de se prononcer au sujet de l'aptitude physique des hommes. Et nous ne voulons pas parler ici de la recherche ou de la détermination de telle maladie ou infirmité, pas plus que de la précision du degré compatible ou incompatible avec une aptitude totale ou partielle; nous faisons allusion à l'examen du conscrit dont les appareils et tissus peuvent se révéler absolument sains, sans présenter toutefois cette « force de l'organisme qui met à même de résister aux influences extérieures, assure la durée de la santé et donne la vigueur et l'énergie nécessaire au métier des armes ». Ce *faible de constitution*, comme on l'appelle, ne sera pas toujours évidemment décelé malgré le soin qu'a pris l'instruction du 27 février 1877 à indiquer ses traits principaux. Les données du périmètre thoracique et du poids, comparées à la taille des observés, quoique très importantes, n'ont pas la précision mathématique qu'on aurait voulu pouvoir leur attacher. Aussi, « dans tels cantons, comme le dit fort à propos M. Duponchel, la moyenne du recrutement est si médiocre, l'aspect extérieur de la plupart des conscrits si chétif, que l'on se trouve presque invinciblement entraîné à accepter certains sujets moins défectueux que les autres et qui auraient peut-être bénéficié ailleurs de la comparaison avec des sujets mieux développés ».

Pour éviter bien des hésitations, pour dominer une prétendue compétence que, dans ce cas, ne manque pas de s'arroger le conseil, pour éviter des discussions, pour mettre en fin de compte l'autorité du médecin à l'abri de tout échec, il était à désirer que des signes physiques précis pussent éclairer sa conscience et lui fournir des arguments positifs. L'abaissement de la pointe du cœur, l'expiration prolongée et l'inspiration saccadée, synchrone aux contractions cardiaques, seraient-ils caractéristiques d'un incomplet développement et partant un signe certain de faiblesse?

M. Duponchel a insisté, dans un récent travail (*De la faiblesse de constitution au point de vue du recrutement militaire; deux nouveaux signes confirmatifs, in* ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE. Septembre 1887) sur la valeur des deux premiers symptômes; M. Grasset vient de signaler l'existence du dernier (*De l'inspiration saccadée rythmique du cœur*; ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, session de Toulouse) et d'en démontrer toute l'importance séméiologique.

L'abaissement de la pointe dénoterait un cœur complètement développé dans un thorax qui n'a pas achevé sa croissance; le cœur a devancé le corps et l'hypertrophie toute relative se traduit par la perception du choc loin de son siège habituel.

L'expiration prolongée dans la région des sommets pulmonaires, et particulièrement du sommet droit, tient à la faible vitalité, normale si on peut dire, des parties supérieures de l'organe, encore influencée par l'état général du sujet. Il n'est pas, dès lors, surprenant que, l'élasticité y étant moindre, l'expulsion de l'air qui a pénétré dans les alvéoles du sommet soit plus lente et plus difficile. Quant à la prédominance de ce signe à droite, M. Duponchel fait remarquer qu'elle est attribuable au volume plus considérable des troncs bronchiques.

L'inspiration saccadée rythmique du cœur tient à ce que la force inspiratoire, peu développée, ne suffit pas « à faire disparaître l'influence mécanique de l'appareil circulatoire voisin ». En auscultant avec soin des jeunes gens faibles, en portant son attention « au sommet gauche ou plus exactement le long du bord gauche du sternum, au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux », parfois même dans tout le sommet gauche et jusque dans le poumon droit, on entend l'inspiration qui, « au lieu de se faire régulièrement, en un seul temps, est saccadée en deux, plus ordinairement en trois temps nettement séparés ». La main placée sur le pouls, au moment où l'on ausculte, permet de percevoir des saccades rythmiques aux contractions cardiaques. C'est un signe évident de faiblesse, puisqu'il peut disparaître en respirant fort, c'est-à-dire en faisant un effort volontaire pour inspirer avec l'énergie normale.

II

Un appel est fait à tous les médecins militaires pour fixer la valeur des conclusions de M. Duponchel; il est à désirer aussi que des études soient entreprises pour déterminer tout le parti qu'on peut tirer des observations de M. Grasset.

Le premier a constaté que, sur 188 sujets reconnus faibles, 125, c'est-à-dire 66,4 0/0, présentaient soit de l'abaissement de la pointe du cœur, soit de l'expiration prolongée, soit la réunion de ces deux symptômes. L'abaissement de la pointe n'était noté que lorsque sa distance au mamelon était supérieure à 4 centimètres; de même l'expiration prolongée, pour être admise, devait dépasser, ou tout au moins atteindre, la durée de l'inspiration.

Le cœur a pu battre à 5, à 6 et jusqu'à 10 cent. au-dessous du point sus-indiqué et l'expiration persister plus longtemps même que l'inspiration, alors qu'à l'état normal les rapports entre le premier et le second temps sont comme 1 est à 3.

La mobilité du mamelon, point de repère, peut faire croire à un faux abaissement. Le fait est cependant rare, puisque, sur 1,236 conscrits, M. Duponchel ne l'a constaté que six fois sans faiblesse générale ou sans maladie du cœur. En dehors de ces cas, il sera symptomatique soit d'une maladie organique du muscle cardiaque, soit d'une hypertrophie de croissance, traduisant une inaptitude sinon permanente du moins momentanée.

L'expiration prolongée n'est plus, comme on le sait, un signe exclusif de tuberculose. Elle dénote des sommets fonctionnant mal, facilement tuberculisables sans doute, mais aussi une diminution dans leur élasticité et leur vitalité. » Ce qui demeure important à retenir, c'est précisément que ces deux signes, observés chez des conscrits de vingt à vingt-trois ans ne dépendent, ni l'un ni l'autre, dans la majorité des cas, d'affections graves devant entraîner, au point de vue pratique, l'exemption immédiate de tout service militaire. Isolés de tout autre symptôme d'auscultation, ils prennent, en tant que signes confirmatifs d'un état de faiblesse, dont la première notion est toujours fournie par l'examen général des sujets, une valeur de premier ordre. Ils seront d'un grand secours dans ces cas intermédiaires et douteux, si communs au conseil de révision; ils permettront de préciser le diagnostic faiblesse et d'en déduire la solution à proposer, selon

qu'il s'agisse d'un homme antérieurement ajourné deux fois ou d'un sujet se présentant pour la première ou la seconde fois ».

L'inspiration saccadée synchrone aux contractions cardiaques a été constatée douze fois par M. Grasset. Elle n'est pas non plus un symptôme de tuberculose, quoiqu'elle puisse être, chez les prédisposés, un signe d'imminence tuberculeuse on d'altération au début. Elle peut se montrer chez de simples anémiques; elle dénote toujours de la faiblesse respiratoire.

En raison de la date toute récente où ces divers signes ont été indiqués, il est certain que notre expérience est à faire. Quelques examens nous ont démontré, toutefois, qu'ils se rencontreraient comme fréquence dans l'ordre suivant : expiration prolongée, abaissement de la pointe, inspiration saccadée rythmique du cœur.

Un des derniers sujets examinés présentait d'une façon évidente les trois symptômes de faiblesse, que confirmait, du reste, une grande réduction du périmètre thoracique.

Il est du plus grand intérêt de préciser la valeur seméiologique des trois signes ci-dessus énoncés. Puisse cette étude stimuler le zèle des observateurs !

CH. AMAT.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à la pathologie et à la chirurgie du foie

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. DEUX CAS DE RUPTURE DU FOIE AVEC TRANSPORT EMBOLIQUE DE TISSU HÉPATIQUE, par le docteur SCHMORL (*Deutsche Archiv für klin. Medicin.*, t. XLII, fasc. 5, p. 499, 1888). — IV. UN CAS DE BLESSURE DU FOIE, DU CŒUR, etc., PAR COUP DE FEU, AVEC TRANSPORT EMBOLIQUE DU TISSU HÉPATIQUE, par le professeur ZENKER (*Ibidem*, p. 505). — V. RÉSECTION D'UN LOBE ÉTRANGLÉ DU FOIE ; GUÉRISON, par le docteur LANGENBUCH (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 3). — VI UN CAS DE MOBILITÉ ANORMALE DU FOIE, par le docteur ROSENKRANZ (*Ibidem*, 1887, n° 38).

III. Une première observation de M. SCHMORL concerne un employé de chemin de fer qui, tamponné entre deux wagons, fut tué sur le coup. La relation de l'autopsie du sujet porte que le lobe droit du foie, à sa partie convexe surtout, était le siège de nombreuses déchirures, dont la plus profonde était voisine du lieu d'insertion du ligament falciforme; à ce niveau, les deux lobes du foie n'étaient plus en communication que par les ramifications de la veine porte et le ligament rond. En cet endroit, le parenchyme hépatique était réduit en une bouillie au sein de laquelle nageaient de gros fragments de tissu glandulaire. Près du ligament suspenseur, se trouvait un fragment arraché de la face supérieure de la glande, mesurant 14 cent. en longueur, 8 cent. en largeur et 3 cent. en épaisseur, relié au diaphragme par une membrane mince. Sur la veine cave inférieure, près de son passage à travers le diaphragme, on reconnut une déchirure de 1 cent. 1/2, près de laquelle se voyait un fragment de la glande hépatique, du volume d'un œuf de poule, retenu au reste de l'organe par les vaisseaux fortement tiraillés. L'oreillette droite renfermait une masse d'un rouge brunâtre, qu'on reconnut pour un fragment de foie; dimensions : 3, 3 et 2 cent. Le ventricule droit contenait un fragment semblable, un peu plus volumineux, enclavé entre le pilier antérieur et la paroi antérieure du ventricule. Dans le ventricule gauche on trouva un fragment de foie du volume d'un haricot, ovalaire. La fosse ovale, non oblitérée, livrait passage à un doigt. L'artère pulmonaire et ses ramifications renfermaient en très grand nombre, des embolus constitués par du tissu hépatique. La branche de l'artère pulmonaire droite destinée au lobe moyen, était complètement oblitérée par un embolus de cette nature. Un embolus semblable obstruait le tronc principal de l'artère rénale gauche.

Entre autre intérêt que présente ce cas, il faut remarquer celui relatif au passage d'un embolus du ventricule droit dans le ventricule gauche, à travers le trou ovale non fermé. Cohnheim et Litten ont relaté chacun un exemple de ce genre de migration d'un embolus.

Une seconde observation de M. Schmorl se rapporte à un individu qui s'était tué en tombant d'un quatrième étage. A l'autopsie, on trouva le foie entamé par trois déchirures obliques, qui intéressait toute l'épaisseur de la glande. Un grand nombre de veines, de petit et de moyen calibre, étaient divisées, et, dans quelques-unes, on découvrait de petits fragments de tissu hépatique. La veine cave inférieure était intacte. Par contre, sur la paroi antérieure du ventricule gauche se voyait une déchirure qui interessait également toute l'épaisseur de la paroi, sur une longueur de 1 cent. Deux autres déchirures intéressaient le revêtement endocardique de la paroi postérieure du même ventricule et une certaine épaisseur du myocarde. Dans le lobe inférieur du poumon droit un certain nombre de ramifications artérielles étaient obstruées par des bouchons; l'examen microscopique fit voir que ces embolus étaient constitués, en majeure partie, par des cellules hépatiques.

IV. Le sujet de l'observation de ZENKER, un sous-officier, s'était suicidé en se tirant un coup de fusil dans le côté gauche de la poitrine. Une hémorrhagie profuse l'emporta en quelques instants. Voici le résumé du procès-verbal de l'autopsie :

Plaie par coup de feu; orifice d'entrée à la paroi thoracique gauche, entre la cinquième et la sixième côte; orifice de sortie à la paroi postérieure à droite, dans le voisinage de la neuvième côte. Déchirure du péricarde, des deux ventricules, du diaphragme, du foie, de la veine cave inférieure et du lobe inférieur du poumon droit. Epanchement de sang dans le péricarde, dans les deux plèvres et dans la cavité abdominale, sugillation du péritoine au-devant de la portion lombaire de la colonne vertébrale. Anémie des poumons, du foie, de la rate, etc.. Embolie de deux ramifications de l'artère pulmonaire, constituée par des fragments de tissu hépatique.

Les trois observations qui précèdent démontrent, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs, qu'il suffit de quelques contractions cardiaques, à l'approche de la mort, pour que, dans des circonstances déterminées, des fragments de tissu hépatique soient aspirés jusque dans l'oreillette et le ventricule droits, et de là projetés dans les ramifications de l'artère pulmonaire.

V. Une femme de trente ans souffrait, depuis huit années environ, de douleurs dans le ventre, principalement quand elle était couchée ; en outre, dans le décubitus dorsal elle

était prise de palpitations, d'une sensation d'angoisse, etc. Elle éprouvait également des troubles digestifs. A la palpation de la cavité abdominale, on découvrait une tumeur du volume d'un poing, qui s'étendait de l'appendice xyphoïde jusqu'à environ 6 cent. de l'ombilic. La tumeur, lisse à sa surface, de consistance ferme, élastique, présentait un bord interne épais. La matité qu'on percevait à son niveau se confondait insensiblement avec la matité pré-hépatique.

En fait de diagnostic, on hésita entre une tumeur échinococque et un étranglement du foie. Une incision exploratrice montra que cette dernière hypothèse était la vraie. Cet étranglement s'était exercé sur le lobe gauche, ce qui expliquait la gravité relative des symptômes accusée par la malade, contrairement à ce qui a lieu quand l'étranglement porte sur le lobe droit. Dans le cas présent, la portion pylorique de l'estomac, le duodénum, le pancréas, l'aorte, les gros troncs nerveux, les plexus du voisinage se trouvaient comprimés entre la colonne vertébrale et le lobe étranglé.

On procéda à l'extirpation de ce lobe; on subdivisa en plusieurs pédicules la languette de tissu conjonctif qui reliait le lobe étranglé au reste de la glande. Le soir de l'opération, il fallut rouvrir la cavité abdominale pour arrêter une hémorrhagie secondaire, en liant un vaisseau. La malade s'est rétablie des suites de l'opération, mais elle a eu, dans la suite, des œdèmes et de l'ascite. Une double ponction remédia à ces accidents.

Le lobe excisé pesait 370 grammes.

VI. L'observation rapportée par ROSENKRANZ concerne une femme de quarante-huit ans, parvenue à l'âge de la ménopause, mère de huit enfants. En février 1887, elle vint subitement en proie à des vomissements violents, avec douleur au creux épigastrique, qui s'irradiaient circulairement autour du ventre. Bientôt après, survint de l'ascite avec œdème des jambes, des organes génitaux et des téguments abdominaux. Pas d'albuminurie, pas d'ictère, rien d'anormal au cœur. L'administration de diurétiques et de purgatifs salins fit disparaître l'œdème et l'ascite. La malade se sentait complètement rétablie. Au mois de mai, en examinant de nouveau la malade, on constata la présence d'une tumeur volumineuse dans le ventre, qui, d'après sa forme, ne pouvait être que le foie déplacé. Par la palpation, on délimitait très facilement les deux lobes du foie et la vésicule biliaire. Au siège normal du foie, absence de matité.

Il s'agissait, en somme, d'un exemple de mobilité anormale du foie; le déplacement de cet organe avait été sans doute provoqué par les vomissements qui avaient ouvert la scène. L'œdème et l'ascite s'expliquaient facilement par la contusion et la compression des vaisseaux abdominaux, résultant du déplacement du foie. Détail à noter, il n'y avait pas, chez cette femme, ce qu'on appelle le ventre pendant, complication habituelle de la mobilité anormale du foie.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. *Lésions traumatiques des organes parenchymateux de la cavité abdominale* (foie, rate, pancréas, reins), par le docteur EDLER, *Archiv. für Klin. chirurg.*, t. XXXIV, p. 173, 343, 573 et 738.

II. *Kyste hydatique du foie ouvert dans l'estomac*, par L. BARBILLON, *Progrès médical*, 1887, n° 22.

E. R.

REVUE D'HYDROLOGIE

Suite et fin. — Voir les numéros 20 et 21.

DE L'ASTHME DES FOINS (HAY-FEVER) ET DE SON TRAITEMENT PAR LES EAUX DU MONT-DORE, par le docteur EMOND (19 p.) — Librairie Octave Doin.

Étude intéressante de l'asthme des foins, puisque tel est le nom que l'on a donné à cette singulière affection, mi-partie nerveuse et catarrhale, et dans laquelle on voit prédominer, suivant les individus, les phénomènes nerveux ou les phénomènes du catarrhe. On sait que, si cette affection n'est pas dangereuse, elle présente une opiniâtreté extrême et une résistance remarquable à la thérapeutique, et même aux moyens prophylactiques qu'on a essayé de lui opposer.

On ne la guérit guère plus au Mont-Dore qu'ailleurs, mais on l'y atténue le plus souvent, si l'on poursuit ce traitement avec quelque persévérance. Les eaux du Mont-Dore guérissent souvent les catarrheux et soulagent habituellement les asthmatiques. Elles stimulent les fonctions de la peau, décongestionnent la muqueuse bronchique et la muqueuse nasale. Leurs vapeurs ont des propriétés sédatives qui modifient la dyspnée et font cesser les éternuements. Combinées avec les irrigations nasales et la pulvérisation, elles tarissent les sécrétions nasale et conjonctivale. Pendant le paroxysme, elles en atténuent la violence, et pendant les périodes de rémission elles en empêchent souvent le retour. Prises en boisson et aidées de la douche, elles contribuent à tonifier l'organisme des malades en augmentant la richesse de leur sang. L'arsenic qu'elles contiennent est un reconstituant énergique qui modifie les tissus et s'adresse plus particulièrement à l'herpétisme. Chez les goutteux, il faudra en surveiller attentivement les effets; mais quand la sécrétion bronchique sera copieuse ou purulente et qu'elle persistera dans l'intervalle des accès, on ne devra pas hésiter à les prescrire. Il faudrait cependant se garder de croire qu'elles réussissent dans toutes les circonstances et chez tous les sujets.

Il paraît que M. Emond n'a pu parvenir à déterminer les circonstances qui permettraient d'augurer par avance de l'issue favorable, c'est-à-dire de déterminer une indication spéciale du traitement du Mont-Dore dans l'asthme des foins, car il n'eût pas manqué de les signaler.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE DES EAUX MINÉRALES DE LA BOURBOULE, par le docteur EDOUARD MICHEL et M. GAUTRELET (16 pages). — Imprimerie Lessertisseux.

Les eaux minérales arsenicales, chlorurées, bicarbonatées de la Bourboule, possèdent une origine géologique commune, mais elles se partagent thérapeutiquement en deux classes: l'une thermale sodique (type Choussy-Perriere); l'autre athermale ferrugineuse (type Fenestre).

Le dosage de l'arsenic métallique donne 0,00785 pour la source Choussy-Perriere.

Cet arsenic existe à l'état d'arsenic monobasique, probablement monosodique, auquel s'ajouterait à l'émergence une très faible proportion de chlorure d'arsenic, st auquel on devrait attribuer l'action spéciale et puissante de la cure à la source.

L'altitude de la station (848m) la place dans les pays toniques, d'après la classification de Lombard (de Genève).

L'action thérapeutique de ces eaux dérive des trois prin-

cipes : chlorure, bicarbonate, arsenic, qu'elles contiennent. Ce sont les eaux les plus arsenicales connues.

Elles sont plus particulièrement efficaces dans la scrofule sous toutes ses formes, dans l'herpétisme, dans l'arthritisme torpide.

Il y a à signaler dans ce travail, entre autres choses, une intéressante étude sur l'origine des eaux de la Bourboule et de très justes considérations sur l'influence que la température des eaux minérales, dans l'emploi, peut exercer sur leurs qualités excitantes ou sédatives, pourvu toutefois qu'on ne les prenne pas dans un sens très absolu, et sur la notion chimique et thérapeutique du chlorure d'arsenic, dont l'existence aurait peut-être besoin de plus ample vérification.

Des indications des eaux de Royat dans les affections pulmonaires, par le docteur Ch. Chauvet (15 pages). — Imprimerie Levé.

Ce travail est court, mais substantiel. Il est conçu dans un bon esprit, s'attachant à déterminer clairement les indications précises de Royat dans les affections de l'appareil pulmonaire. Il s'agit exclusivement des bronchites chez des arthritiques abarticulaires; il n'est pas question des goutteux proprement dits. L'auteur ne cherche pas à définir cet arthritisme abarticulaire. Cette définition pathogénique est très difficile, et l'on pourrait dire, jusqu'à un certain point, qu'elle se sent mieux qu'elle ne peut s'exprimer.

Les eaux de Royat elles-mêmes ne se prêtent guère à une définition très précise. Elles sont bicarbonatées (sodiques), chlorurées, lithinées, arsénicales, et d'une température moyenne de 35°, éminemment favorable.

La station ne laisse rien à désirer pour l'abondance de ses eaux et les ressources de ses installations balnéo-thérapiques.

Le traitement consistera ici en inhalations, douches froides sur les pieds, eaux en boisson et quelques bains ou demi-bains, malgré les appréhensions des malades.

Étant donné le type représenté par l'état arthritique abarticulaire, les habitudes de bronchites (susceptibilité bronchitique), les bronchites qu'on peut appeler congestives, avec hémoptysies, simulant parfois la tuberculose, les bronchites spasmodiques, pouvant assigner l'asthme, avec lequel il ne faut pas les confondre, tel est le sujet des applications spéciales de Royat dans cet ordre de faits.

Comme dans toutes les affections à base diathésique, il faut moins songer à des guérisons qu'à des sédations ou à des rémissions, entretenues par des traitements réitérés, et auxquelles on peut souvent alléguer le caractère de ces guérisons relatives que l'on n'obtient qu'à l'aide de traitements thermaux appropriés.

Quant à la question de la tuberculose, il paraît sage de la réserver. « Les tuberculeux non arthritiques ou ceux qui, bien qu'arthritiques, présentent des lésions cavitaires avancées, ne retireront aucun bénéfice des eaux de Royat ».

Un complément intéressant de ce travail serait le rapprochement du traitement de Royat avec celui du Mont-Dore. Ce dernier met en jeu des eaux encore bien moins caractérisées que celles de Royat, mais des procédés d'application tout différents et très particuliers. De semblables rapprochements sont toujours très difficiles à obtenir. Les eaux sulfurées sodiques passent également pour être appropriées aux bronchites arthritiques. Cela vient sans doute de ce que c'est dans ces sortes de constitution que les bronchites chroniques sont le moins opiniâtres. Mais comme les eaux sulfurées sont ce qui convient le moins aux états erthritiques, la spécialisation des eaux de Royat (et du Mont-Dore) n'en reste pas moins bien déterminée.

Étude physiologique et thérapeutique sur l'action et la réaction en hydrothérapie, par le docteur P. Bottey (56 pages). — Imprimerie Levé.

Travail intéressant et assez complet sur la matière. L'influence de l'eau froide sur l'organisme est complexe. Elle peut se définir ainsi :

A la périphérie, on note deux éléments de réfrigération pour un élément de calorification; en centre, on remarque au contraire deux éléments de calorification pour un élément de réfrigération; dans chaque cas, deux éléments contraires se combattent pour laisser la place au troisième.

Cette conception théorique permet de comprendre les phénomènes qui se produisent dans les premiers instants qui suivent l'application froide, et explique ce fait en apparence paradoxal d'une double action simultanée d'origine nerveuse, à la fois frigorifique et calorifique.

L'abaissement de la température, après une immersion froide courte suivie d'une courte aspersion chaude, n'est pas plus considérable qu'après une simple immersion froide d'égale durée ou même de durée plus longue.

Une friction et un exercice modéré aident à la réaction. Des frictions trop vives et un exercice forcé produisent des effets contraires.

Le travail de M. Bottey est basé, au double point de vue théorique et pratique, sur de nombreuses expériences comme sur sa propre observation clinique.

Max. Durand-Fardel.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par MM. E. Lécorché et Ch. Talamon. — O. Doin, éditeur.

Dès que les procédés scientifiques modernes ont permis de pénétrer plus intimement dans la nature des lésions histologiques, on s'est empressé de diviser à l'infini les formes des maladies, voulant faire de chaque altération élémentaire un processus distinct, en rapport direct avec une évolution clinique. Puis une connaissance plus exacte et plus compréhensive a montré combien souvent ces divisions étaient artificielles, et a conduit à réunir dans un même cadre des faits qui semblaient devoir constituer pour toujours des individualités indépendantes.

Ce travail de synthèse est en train de s'opérer pour beaucoup de processus morbides, mais pour aucun il n'est aussi net que pour le mal de Bright : l'unité nosographique établie par l'illustre médecin anglais, après avoir été démembrée, semblait-il à jamais, dans les nombreuses formes de néphrites, tend à se reconstituer dans son intégrité première.

Le *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, par MM. Lécorché et Talamon, est un plaidoyer en faveur de cette réhabilitation, que l'un des auteurs a été, en 1875, dans son

remarquable *Traité des maladies des reins*, le plus chaud défenseur de la théorie dualiste.

Ce traité comprend deux parties, dont la première est uniquement consacrée à l'étude de l'albuminurie au point de vue chimique, physiologique et pathologique; on trouve là une étude complète de toutes les réactions des différentes albumines, et les résultats des innombrables travaux de laboratoire. A vrai dire, pour les auteurs, l'albuminurie n'est jamais physiologique, et c'est là une opinion qu'ils justifient par de nombreuses preuves expérimentales.

Au point de vue chimique, l'albuminurie dite dyscrasique est toujours le résultat d'une altération du plasma sanguin par une substance étrangère quelconque, chimique ou parasitaire; si l'albumine du sang passe dans l'urine, ce n'est pas en raison de la modification de sa constitution chimique, mais parce que la membrane filtrante de l'urine est elle-même modifiée au contact de ce sang adultéré.

Au point de vue physique, en effet, cette altération de la membrane filtrante est essentielle, l'augmentation de pression ne jouant aucun rôle direct dans la production de l'albumine. Or, c'est le glomérule qui est ici spécialement en cause, lui seul étant suffisant pour expliquer le phénomène, et lui seul aussi étant susceptible d'en donner une preuve expérimentale. Si les tubes contournés sont pour quelque chose dans l'albuminurie, ce n'est que d'une façon toute secondaire.

Il est donc impossible d'admettre l'existence d'une albuminurie physiologique : les variations de vitesse et de pression du courant sanguin peuvent expliquer les variations quantitatives d'une albuminurie déjà existante, mais sont incapables de la produire de toute pièce; il faut de toute nécessité qu'il y ait altération glomérulaire.

Les faits d'albuminurie compatibles avec un état de santé apparente prolongée ne sont nullement en contradiction avec cette opinion. Ne saurait-il exister pour le rein, comme pour le cœur, des lésions stationnaires ou à marche lente? Après une inflammation quelconque du parenchyme rénal, il peut rester un point, un groupe glomérulaire plus ou moins touché. « Ce foyer limité, reliquat d'une inflammation plus diffuse, cette *néphrite parcellaire*, peut être regardée comme le véritable substratum anatomique de l'albuminurie latente. »

Un individu présente une albuminurie qui est dite physiologique, parce qu'on ne trouve chez lui aucun autre trouble fonctionnel marqué et parce que le symptôme disparaît pendant longtemps; il y a de grandes chances pour qu'on observe chez le même individu, quelques années après, le développement graduel d'un mal de Bright nettement constitué.

Le *mal de Bright* est, pour MM. Lécorché et Talamon « un tout bien défini : c'est un ensemble homogène de symptômes et de lésions résultant de l'action sur le rein de causes multiples qui, suivant des modes différents, mais par un processus essentiel unique, conduisent à la destruction de cet organe et à la suppression de ses fonctions. »

Comme il est peu de sujets sur lesquels on ait plus discuté que sur la *nature* du mal de Bright, comme actuellement encore on est loin de s'entendre sur la valeur du terme, il est intéressant d'examiner les raisons qui ont amené les auteurs à la formule énoncée ci-dessus.

L'albuminurie, nous l'avons vu, nécessite absolument l'existence d'une lésion du filtre glomérulaire; or, tout albuminurique peut devenir brightique. Les causes innombrables d'albuminurie peuvent produire deux processus distincts d'altération glomérulaire : l'un aigu, diffus, total; l'autre chronique graduel, partiel. Les lésions produites sont toujours, au début glomérulo-tubulaires, avec une prédominance plus ou moins marquée sur l'un de ces deux éléments; les lésions intertubulaires, interstitielles, sont toujours secondaires.

La glomérulo-néphrite généralisée ou disséminée peut guérir; sinon, elle aboutit au gros rein mou, tacheté, qui lui-même tend à l'atrophie, au rein de volume moyen, de couleur gris-rougeâtre, à lésions graisseuses épithéliales et à lésions conjonctives. Le dernier terme de cette évolution est le petit rein rouge granuleux. Ce rein contracté est également l'aboutissant ultime d'une glomérulo-néphrite, partielle, chronique, comme on le voit, chez les goutteux et les saturnins.

Quant au gros rein blanc et au petit rein blanc, ils sont dûs à l'intervention d'une cause accidentelle venant interrompre l'évolution régulière des néphrites précédentes. La tuberculose, la syphilis, le cancer, les suppurations prolongées, etc., toutes causes de marasme et de cachexie, produisent la dégénérescence graisseuse ou l'infiltration amyloïde des différents parenchymes; le parenchyme rénal n'échappe pas à leur influence, surtout alors qu'il est déjà altéré par un processus d'inflammation chronique; d'où le gros rein blanc à la période initiale de la glomérulo-néphrite, le petit rein blanc à la période ultime d'atrophie granuleuse.

Nous sommes loin du dualisme dont M. Lécorché avait en 1875 exposé si nettement les deux types de néphrite parenchymateuse avec gros rein blanc, et de néphrite interstitielle avec petit rein rouge contracté. Eclairé par l'expérimentation et l'anatomie pathologique, il n'hésite pas à reconnaître que le processus histologique initial et fondamental est *un*, si les causes et les modes d'évolution sont multiples; quant aux différences si tranchées constatées à l'autopsie, elles sont dues à des lésions surajoutées, en relation avec l'état général du sujet chez lequel la néphrite s'est développée.

Que devient donc le mal de Bright? Cette expression si détournée de son sens primitif, si diversement interprétée au gré des différentes théories, semble à MM. Lécorché et Talamon devoir être conservée, et répond pour eux à quelque chose de parfaitement défini : cliniquement, c'est un syndrôme constitué par l'albuminurie, l'urémie et l'œdème, chacun de ces trois symptômes ayant leur équivalent anatomique; l'albuminurie dans la glomérulite, l'urémie dans l'altération des cellules tubulaires, l'œdème dans l'asthénie cardio-vasculaire. Nous avons rapporté plus haut la formule synthétique de cette étude pathogénique.

Le chapitre d'anatomie pathologique vient ensuite développer les points de détail qui ont servi à étayer les conclusions précédentes. Faisant une revue critique des classifications admises, les auteurs montrent combien il est difficile, devant les faits, d'admettre « les différences caractéristiques » qui distinguent les variétés de cirrhose rénale, par exemple. Pour eux, c'est l'évolution générale et l'étiologie qui leur paraissent seules capables de fournir des divisions utiles et rationnelles, les lésions du rein contracté n'offrent pas de différences assez tranchées pour servir de base à des catégories; mais il est indiscutable d'autre part, lorsqu'on envisage l'histoire clinique du malade que, pour aboutir au rein contracté, les lésions n'ont pas passé par les mêmes phases évolutives.

Les rapports de l'artério-sclérose et de l'hypertrophie cardiaque avec des lésions rénales ont donné lieu aux opinions

les plus divarses; mais en ces derniers temps, c'est la théorie de l'artério-sclérose de Gull et Sntton, qui a réuni le plus d'adhérents: Lancereaux, Cornil at Brault, H. Martin, Debova at Letulle ont tous admis, avec quelqnes variantes, la cirrbose rénale vasculaire.

MM. Lécorché et Talamon s'élèvent contre cette subordination du processus scléreux à la lésion artérielle: tantôt la cause première de la néphrite agit sur la nutrition de l'appareil vasculaire général aussi bien que sur celle du rein, tantôt les lésions du systéme artério-vasculaire sont secondaires au fonctionnement défectueux du filtre rénal, an même titre que l'hypertrophie cardiaque. Reposeant en effet les causes dyscrasiques, inflammatoires, l'artério-fibrose généralisée, les auteurs expliquent ainsi lés phénomènes cardiaques du mal de Bright: obstruction rénale causant la dilatation passagère du cœur qui lutte et et s'hypertrophie secondairement, puis lésions du système artériel et sclérose du myocarde qui cèdent enfin en se dilatant.

L'étude minutieuse de l'urine des brightiques forme la partie la plus importante de la symptomatologie. On doit distinguer deux types: 1o le *type albumineux* avec oligurie plus ou moins marquée et albuminurie considérable; 2o le *type polyurique*, avec albuminurie pen abondante on nulle, et polyurie notable, Ces types cliniques sont bien connus, maie loin de correspondre à deux formes anatomiques distinctes, la néphrite parenchymatense et la néphrite interstitielle, ils ne sont que l'indice des différentes phases de la maladie: les urines passent par des périodes successives d'oligurie et de polyurie, suivant qu'on les observe pendant une phase active du processus rénal, ou a une époque de détente ou de compensation.

Les causes d'augmentation on de dimiuution d'urine sont toutes dans les modifications de la pression artérielle: les poussées *inflammatoires*, entravant la circulation locale du rein, déterminent une stase sanguine, d'où pression minimum et oligurie, bientôt suivie d'una augmentation de pression si le cœur réagit; dans les périodes avancées de la maladie des poussées *atoniques*, passagères ou définitives, font encore baisser la tension artérielle. La polyurie est au contraire toujours la conséquence d'une tension artérielle exagérée.

Quant à l'albuminurie, elle est en rapport avec la diffusion et le degré de la lésion glomérulaire, en même temps qu'avec la tension et la vitesse du sang dans les vaisseaux du rein: la première partie du traité renferme déja tout ce qui a trait à ce symptôme, que les auteurs ne reprennent ici qu'au point de vue siméiologique.

Signalons en terminant un remarquable chapitre de thérapeutique dans lequel, chose rare, on trouve des indications précises et rationnelles. En présence des formes terminales du mal de Bright, gros rein blanc ou petit rein contracté, on reste bien désarmé, n'ayant guère à sa disposition que le régime lacté, si souvant difficile à maintenir; cependant c'est à cette période de la maladie que prétendent répondre les nombreuses et impuissantes médications journellement préconisées. MM. Lécorché et Talamon, partant de ce principe que tout *albuminurique peut devenir brightique*, s'attachant surtout á établir l'hygiène générale des albuminuriques, se proposent: 1o chez les simples albuminuriques de prévenir le développement de la maladie de Bright; 2o chez les albuminuriques devenus brightiques; da limitar la taux de l'albuminurie et de maintenir le fonctionnement régulier du filtre urinaire.

Des observations nombreuses terminent ce traité où l'abondance des faits et la minutie des détails ne nuisent en rien au développement d'une idée très personnelle, et à la clarté d'une etude magistrale d'un des sujets les plus confus de la pathologie.

RAY. DURAND FARDEL.

NOTES & INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Deux questions très importantes ont occupé la dernière séance du Conseil de la Faculté.

Au nom d'une Commission, M. le professeur Damaschino a lu un rapport relatif à la spécialisation de trois agrégés sur cinq à la suite des concours à venir.

Les chaires pour lesquelles le rapport demande tout d'abord cette spécialisation sont les suivantes:

1o Ophtalmologie;
2o Pathologie expérimentale et comparée;
3o Anatomie pathologique;
4o Hygiène;
5o Médecine légale;
6o Maladies mentales;
7o Maladies cutanées et syphilitiques.

Lorsque ces sept chaires seraient pourvues d'agrégés spéciaux, on passerait ensuite aux chaires de thérapeutique, des maladies nerveuses, des maladies des enfants.

Les agrégés libres, actuellement en fonctions, seront invités par la Faculté à choisir, s'ils le désirent, telle on telle des sept chaires d'ores et déjà spécialiséas.

Relativement aux agrégés des concours à venir, la Faculté les désignera, dans son Conseil, au mieux des intérêts de l'enseignement, pour telle ou telle chaire. Si, à défaut d'affectations nettement indiquées par des travaux antérieurs, la Faculté ne fait pas de désignations d'office, les agrégés nommés choisiront, dans l'ordre de leur nomination, deux une chaire non spécialisée, trois une chaire spécialisée.

Ces conclusions du rapport de M. Damaschino ont été approuvées par le Conseil. Elles seront soumises dans le plus bref délai à l'approbation ministérielle.

Le Conseil de la Faculté a ensuite entendu lecture du rapport de M. Mathias-Duval au nom de tons les professeurs de chaires pourvues d'exercices pratiques.

Ce rapport témoigne du bon fonctionnement de ces exercices pratiques et demande seulement quelques réformes et améliorations.

(Bulletin médical.)

DÉSINFECTION. — Le Conseil général de la Seine a décidé l'acquisition de huit étuves mobiles destinées à désinfecter les linges, vêtements et objets de literie qui ont servi aux malades atteints d'affections contagieuses.

Le préfet de police vient d'adresser une circulaire aux maires et commissaires de police des communes suburbaines pour leur faire connaître que chacun des cantons du département de la Seine est dès à présent pourvu d'un de ces appareils, qui est déposé au chef-lieu du canton. Ces étuves, envoyées sans retard dans toutes les communes où les médecins les demanderont, seront mises *gratuitement* à la disposition du public.

Le préfet appelle l'attention des maires et commissaires sur ce fait que les linges, matelas, couvertures, rideaux, tapis, ne sauraient être détériorés par cette désinfection obtenue seulement par la vapeur d'eau sous la pression (de 108 à 115 degrés); des expériences nombreuses ont établi que ce mode de désinfection assu-

rait la destruction des germes pathogènes sans altérer le crin, ni la plume, ni les étoffes.

Congrès médical de Barcelone. — Du 9 au 15 septembre prochain, il y aura, à Barcelone, deux congrès : l'un médical et l'autre pharmaceutique, dont le but sera l'étude de questions importantes de la science.

Le nombre des séances du congrès médical sera de six et les matières dont il s'occupera seront divisés en quatre sections, savoir : sections des thèmes généraux à traiter par le congrès entier, section de médecine, section de chirurgie et section d'hygiène et démographie.

Le nombre des séances du congrès pharmaceutique sera également de six et les matières dont on traitera seront aussi groupées en quatre sections, savoir : section des questions générales à traiter par le congrès entier, section de pharmacologie, section de pharmacie pratique et section de chimie.

La langue officielle sera l'espagnol; mais les communications verbales pourront être faites dans toute autre langue néo-latine et les mémoires pourront être écrits dans une langue quelconque, à condition que l'auteur en présente un résumé avec les conclusions.

Pourra être membre du congrès toute personne qui voudra, en payant comme cotisation d'inscription la somme de 10 fr.

Tous les membres pourront prendre part aux travaux du congrès, mais les personnes qui ne possèdent pas de titre académique ne pourront le faire seulement qu'en présentant des travaux écrits, qui seront soumis préalablement à la sous-commission scientifique.

La qualité de membre donne droit à prendre part aux délibérations du congrès et à recevoir en son temps un exemplaire du livre des procès-verbaux.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Feuconnier, préparateur de chimie, est nommé chef des travaux de chimie biologique, en remplacement de M. Bémont, démissionnaire.

—M. le docteur Netter est nommé chef du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau). — M. le docteur Martin est nommé préparateur du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau).

Cours libres de la Faculté. — MM. les docteurs en médecine *qui seraient dans l'intention de faire un cours libre à la Faculté, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1888-1889*, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'art1.0 du règlement, les demandes de cours libres, pour le premier semestre de l'année scolaire, doivent être remises au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, en sorte que le Conseil de la Faculté et le Conseil général de Faculté puissent en délibérer avant le 1er août.

Collège de France. — M. Henocque fera des leçons sur la spectroscopie du sang, à partir du samedi 9 juin, et les samedis suivant, à 4 heures.

Il traitera des applications de la spectroscopie du sang à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à la toxicologie.

Concours pour trois emplois de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1888, à l'école du Val-de-Grâce, pour trois emplois de professeur agrégé.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir :

Hygiène et médecine légale militaires ;

Maladies et épidémies des armées ;

Chirurgie d'armée (blessures de guerre).

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit et seront exécutées conformément aux prescriptions du programme arrêté le 6 avril 1878.

CONCOURS EN CHIRURGIE

Première épreuve. — Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale, tirée particulièrement des lésions observées aux armées.

Deuxième épreuve. — Préparation d'une région anatomique. Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte.

Troisième épreuve.—Examen clinique de deux malades blessés, atteints : l'un, d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. Un de ces deux malades sera choisi parmi les sujets atteints d'une maladie des yeux ou des oreilles, ou du larynx.

Quatrième épreuve.—Pratique de deux opérations chirurgicales, avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements. — Application de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

CONCOURS EN MÉDECINE.

Première épreuve.—Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire.

Deuxième épreuve.—Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires.

Troisième épreuve.—Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints : l'un, d'une maladie aiguë, l'autre d'une affection chronique.

Leçon sur les deux cas observés.

Quatrième épreuve. — Autopsie cadavérique, avec démonstration, s'il y a lieu, médico-légale, des lésions qu'elle révèle. Examen macroscopique et microscopique de pièces anatomiques.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Conformément à l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re et de 2e classe seront seuls admis à prendre part au concours.

Les médecins militaires, en possession de l'un de ces deux grades, qui désirent concourir, adresseront au Ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs, y compris le directeur du service de santé.

Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présentera le candidat, sera transmise au Ministre, par la voie hiérarchique, avant le 15 octobre 1888, terme de rigueur.

École de médecine de Toulouse. — Le concours ouvert le 5 mai devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour des emplois de suppléant à l'École de plein exercice de Toulouse, s'est terminé par les nominations de MM. Vieusse et Secheyron, pour la chaire de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale; par la nomination de M. Cabade pour la chaire de pathologie et de clinique internes ; par la nomination de M. Beile pour la chaire d'histoire naturelle et des sciences accessoires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Boureau. Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus. — M. Level. Paralysies urémiques.

M. Grattery. Troubles viscéraux d'origine menstruelle. — M. Texier. Déformation du tronc causée par la sciatique. — M. Trazit. Contribution à l'étude de la chlorose fébrile.— M. Rochefort. Contribution à l'étude des tumeurs gommeuses du sterno-mastoïdien. — M. Brée. Des pseudarthroses du corps du fémur.

M. Fragne. Conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire dans

l'inoculation.—M. Mirasson-Nouqué. Considérations sur quelques dispositions du placenta dans son insertion vicieuse.—M. de Souza. Étude sur le mécanisme des états psychiques normaux.—M. Joubert. La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx.—M. Loppe. De l'antisepsie en gynécologie. — M. Cator. Tuberculose de l'os malaire.

M. Wertheimer. Essai sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie.—M. Basset. Des vomissements incoercibles chez les hystériques.—M. Bruant. De la mélancolie survenant à la ménopause.—M. Semelaigne. Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale.

M. Pozzi. Traitement du cancer de l'utérus.—M. Pouloux. Contribution à l'histoire médicale du laurier rose.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 20 AU SAMEDI 26 MAI 1888.

Fièvre typhoïde 11.—Variole 6.— Rougeole 17.— Scarlatine 4. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 192.— Autres tuberculoses 22. — Tumeurs : Cancéreuses 42. — Autres 8. — Méningite 35. — Congestion et hémorr. cérébrales 43.— Paralysie 4.— Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 61.— Bronchite aiguë 24. — Bronchite chronique 32. — Broncho-pneumonie 21.— Pneumonie 59. — Gastro-entérite : Sein 18. — Biberon 40. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 20. — Sénilité 26. — Suicides 12. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 170. — Causes inconnues 6. — Total de la semaine: 939 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le Tonkin, géographie médicale, hygiène, climatologie, ethnographie, anthropologie et histoire naturelle, par H. Rey, médecin en chef de la marine. Un vol. in-8 de 180 pages; prix, 3 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Petite Bibliothèque médicale : *La seconde enfance*, guide hygiénique des mères et des personnes appelées à l'éducation de la jeunesse, par le docteur E. Périer. Un volume in-16 de 236 pag., 2 fr.— Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1888.

Mémoires de chirurgie, par le professeur Verneuil. — Tome V. Commotion, contusions, tétanos, syphilis et traumatisme. — Un volume in-8, 15 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard St-Germain.

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie, par G. Duval, médecin en chef et fondateur de l'Institut hydrothérapique de l'Arc de-Triomphe, officier d'Académie. Préface par M. le professeur Peter. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie En. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 23 9 JUIN 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

POLYURIE SIMPLE. — Leçon clinique faite à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. le professeur GRANCHER, recueillie par M. le docteur H. BARBIER.

Messieurs,

Le malade qui va faire l'objet de cette leçon est un enfant, garçon de huit ans, qui est entré le 5 mars dernier dans une de noe salles pour une polyurie qui date du mois de juin 1886. Son père est bien portant. Sa mère est un peu nerveuse, mais sans offrir aucune tare sérieuse. Il a eu deux sœurs, qui sont mortes: l'une à 7 mois, l'autre à 4 ans, toutes deux de broncho-pneumonie. Il lui reste un frère bien portant, un peu plus jeune que lui. Dans sa famille, je ne relève ni polyurique, ni névropathe, ni syphilitique. Lui-même est né à terme, il a été élevé au biberon à la campagne et sevré à 18 mois sans accidents d'aucune sorte, de dentition ou autres. A 2 ans, il a eu la rougeole et à 5 ans la fièvre typhoïde. C'est un enfant gai, dont la nutrition générale est excellente. Son intelligence est vive, et à l'école des frères, il est un de ceux qui tiennent la tête de la classe, quelquefois même la première place.

Le début de son affection remonte à la fin du mois de juin 1887. En voulant monter sur les chevaux de bois, en fraude, il reçoit à la tempe gauche un coup violent, porté par la tête d'un cheval, alors que le manège tourne encore avec une certaine vitesse. Ce coup le renverse; mais, fait important, l'enfant, à peine par terre, se relève et se sauve. Le lendemain, une petite bosse sanguine témoigne seul de l'accident. Notez bien ce fait, Messieurs, qu'il n'y a eu au moment du traumatisme, ni pertes de connaissance, ni signes de commotion cérébrale.

Les choses en restent là, lorsque, quinze jours après, le malade se met à boire hors de raison et à uriner en conséquence. Quel a été le premier en date de ces symptômes; l'enquête que nous avons faite et l'interrogatoire de l'enfant n'ont rien pu nous fournir de positif à cet égard; et pourtant, il eût été intéressant d'avoir à ce sujet des renseignements précis, car vous n'ignorez pas que certains auteurs ont prétendu faire de la polydipsie le symptôme fondamental de cette affection, qu'ils ont nommé pour cette raison *polydipsie*, voulant montrer ainsi qu'ils considèrent comme une perversion de la soif ce que nous appelons, nous, *polyurie*. Et, en effet, c'est bien la polyurie qui est la vraie maladie; il y a des observations où la quantité des urines émises ne varie pas, quelle que soit celle des liquides absorbés. Prenez un polyurique qui pisse de 8 à 10 litres par jour, je suppose, rationnez-le, diminuez pendant quelques jours le volume du liquide absorbé; l'épreuve est dure pour le patient, mais vous ne verrez pas diminuer proportionnellement la quantité des urines émises pendant les vingt-quatre heures. Voilà un premier fait. D'autre part, il est des cas où la polyurie a manifestement précédé la polydipsie.

Chez notre petit malade, les deux symptômes sont associés; il boit beaucoup; il urine fréquemment et abondamment; lorsqu'il est entré dans nos salles, il urinait de 6 à 8 litres. Depuis lors, pour des causes dont je vous parlerai à propos du traitement, cette quantité a diminué. J'ajouterai qu'il n'y a pas chez cet enfant de perversion de la soif. Pourvu de tout le liquide nécessaire à ses besoins, on ne le voit pas, comme certains polyuriques en offrent des exemples, boire de l'eau de savon ou absorber ses urines.

Les urines émises par lui sont claires, incolores, de densité très faible, de 1003 à 1004.

Le médecin qui a été consulté a déclaré qu'il s'agissait d'une maladie nerveuse et a prescrit du perchlorure de fer à la dose de 6 gouttes par jour. Le traitement a été peu suivi; d'ailleurs, j'ignore si cette médication a déjà été employée; mes recherches à ce sujet ont été infructueuses.

Relevons maintenant quelques particularités qui ne sont pas sans intérêt: L'appétit s'est maintenu régulier, mais depuis son entrée dans nos salles, l'enfant mange moins; il a perdu un peu de ses couleurs; il n'y a rien dans les différents organes qui ont été examinés avec soin. Etant connues les relations qui existent entre la polyurie et les affections du système nerveux central, nous étions dans l'obligation de rechercher les antécédents neuropathiques de notre malade. Or, de ce côté, rien. Pas d'hystérie, pas de troubles moteurs ou sensitifs. L'intelligence est restée nette; les qualités affectives normales.

D'autre part, vous savez que, chez les polyuriques, la perspiration cutanée et l'exhalaison pulmonaire sont diminuées. Mais ce sont là des recherches de haute physiologie, et dans le cas actuel, nous en sommes réduits à supposer que ces phénomènes existent. Enfin je ne sache pas qu'il y ait eu dans le cas actuel des modifications de la température.

Les auteurs notent encore chez les polyuriques une augmentation de la tension vasculaire. Ici aucun phénomène, ni du côté du pouls, ni du côté de la circulation périphérique, ne plaide en faveur de cette exagération de la pression artérielle. En somme, vous le voyez, dans le cas actuel, étiologie simple, symptômes simples, se bornant à la polydipsie et à la polyurie.

Cependant notre diagnostic ne serait pas complet si je ne vous parlais de l'analyse qualitative de l'urine. Avions-nous devant nous une polyurie simple, un diabète sucré, albuminurique, azoturique, chlorurique? Y avait-il indépendamment de l'exagération de la sécrétion urinaire, une augmentation parallèle des phosphates, des sulfates, une élimination de peptones? Ces recherches chimiques ont été faites. Déjà l'examen physique des urines, leur faible densité, avaient pu nous faire soupçonner la nature de ce diabète. En effet, voici ce que nous a donné l'analyse chimique :

Sucre...... 0
Albumine.. 0
Urée...... 1 gr. 2 par litre, ce qui fait en tout 10 grammes, chiffre plutôt faible.
Chlorures. 0,71 par litre. En tout : 5.68.
Phosphate 0,01 —
Peptones.. 0

L'examen chimique des urines nous a donc conduit à cette conclusion, que notre malade avait un diabète insipide, une polyurie simple.

Avant d'aller plus loin, je voudrais attirer votre attention sur un point auquel il faut toujours songer dans des cas semblables : c'est la *simulation*. Rien chez notre malade ne nous permet de la soupçonner. C'est un enfant gai, franc, vivant au milieu d'une famille honorable; il ne se cache pas pour uriner : nous l'avons vu maintes fois le faire devant nous et en pleine salle. D'ailleurs, vous savez par quel procédé élémentaire on découvre de semblables supercheries. Comme dans ces cas, c'est l'eau qui fait les frais de la polyurie, il suffit d'une analyse comparative de deux échantillons : l'un pris dans le bocal; l'autre rendu devant vous, pour établir votre conviction.

Donc la polyurie simple existe; quelle en est la cause cérébrale? La plupart du temps, c'est un *tubercule du cerveau, ou du cervelet, ou de la moelle allongée*; quelquefois c'est une *méningite tuberculeuse*, dont ce symptôme constitue un signe prémonitoire. Ce fait d'ailleurs est rare, et on ne trouve guère d'observations à ce sujet. Je vous citerai cependant un cas d'Engelbach. Ce médecin observa en 1882 un enfant de 4 ans et demi, qui succomba à une tuberculose cérébrale et méningée, et qui, pendant neuf mois, n'offrit pour tout symptôme qu'une polyurie permanente. Les symptômes nerveux et méningés n'apparurent que dans les quinze derniers jours.

Chez notre enfant, il faut écarter toute idée de méningite; la polyurie, dans le cas d'Engelbach, s'était accompagnée d'un peu de tristesse, d'irritabilité et d'amaigrissement. Or, dans l'espèce, cela compte. Notre petit malade a bien un peu pâli depuis son admission dans les salles, mais n'oublions pas qu'il est hospitalisé.

La deuxième hypothèse à examiner était de savoir s'il y avait en on non, chez ses parents, une *psychopathie, hystérie*, ou *épilepsie*. Il est fréquent, dans ces cas, de rencontrer la polyurie, et je pourrais vous en citer de nombreux exemples; mais la chose est tellement démontrée, qu'elle en est banale. D'ailleurs, rien de semblable dans les antécédents héréditaires de notre petit malade. La *syphylis héréditaire* compte parmi ses manifestations une polyurie parfois très abondante. Demn en a cité un cas extrêmement intéressant.

Un enfant de six ans rendait par jour de 8 à 15 litres d'une urine de densité égale à 1003, sans sucre ni albumine, mais renfermant beaucoup de phosphates. La soif était vive. L'iodure de potassium et les frictions mercurielles firent baisser la quantité des urines, qui tombèrent à 2 litres, et la conclusion de l'auteur, qui en fit une gomme du quatrième ventricule, me semble très légitime.

Reste une catégorie de polyuriques bien curieuse, c'est celle qui comprend ce qu'on a appelé les polyuriques héréditaires. Dans certaines familles, il est avéré qu'on pisse et qu'on boit beaucoup, et que ce singulier privilège peut se transmettre de générations en générations. Cette polyurie est habituelle et disparaît dans le cours des fièvres. Aussi le professeur Weill en a publié, dans les *Archives de Virchow* de 1884, un exemple très curieux :

Un homme était entré dans son service pour une fièvre typhoïde. Au dix-huitième jour, la fièvre tombe, mais on remarque que, à partir de ce moment, le malade urine énormément, 10 litres en moyenne, d'une urine claire de densité variant de 1002 à 1005. Interrogé, ce malade répondit que *c'était une maladie de famille*; son père, sa sœur, ses frères buvaient et pissaient beaucoup. Lui-même, depuis son enfance, a toujours eu soif, et absorbe journellement de grandes quantités d'eau.

Weil, très intéressé par ce fait, eut la patience de reconstruire le tableau généalogique de la famille, et en remontant à un ancêtre en 1772, il trouva que, sur quatre-vingt-douze personnes, ses descendants, il y avait eu vingt-trois polyuriques.

Le sexe, l'âge, ne semblent pas avoir d'influence. Tantôt la maladie était héréditaire directe, tantôt elle sautait une génération. Il n'y avait aucune maladie, ni aucune malformation importante dans cette famille, dont tous les membres, au contraire, jouissaient d'une excellente santé et d'une longévité remarquable. Ce diabète n'épargnait pas de très jeunes enfants; il débutait en général vers l'âge de quatre mois, et les parents pouvaient prédire à coup sûr si l'enfant *serait ou non buveur d'eau*.

Quant aux influences extérieures sur cette polyurie, nous avons vu que la fièvre la faisait disparaître; au contraire, elle augmente chez la femme enceinte.

L'enquête qui a été faite au sujet de notre malade ne nous a révélé ni vice héréditaire semblable, ni syphilis des parents, et, après avoir éliminé toutes les causes de la polyurie, nous sommes arrivés à la certitude qu'il s'agissait d'une polyurie accidentelle et passagère. On en a signalé des exemples dans la fièvre intermittente, dans la méningite, dans la scarlatine; on l'a observée à la suite de la piqûre du scarabée des bois, piqûre qui avait été suivie d'accidents inflammatoires graves et d'accidents cérébraux : abattement, hébétude. Chez notre malade, la cause ne nous échappe pas. La commotion cérébrale qui a suivi le choc reçu à la tempe nous rend compte de l'apparition de ce symptôme en même temps qu'elle nous permet de porter un pronostic plus favorable. Cependant n'oublions pas que, malgré tout, certaines de ces polyuries sont quelquefois bien persistantes.

Le mécanisme réside tout entier dans l'expérience fondamentale de Claude Bernard : la piqûre du plancher du quatrième ventricule, au-dessous des tubercules de Wengel et de l'origine du pneumogastrique.

Mais d'autres points de la substance cérébrale ont aussi le singulier privilège de provoquer la polyurie lorsqu'on les excite. C'est ainsi que Eckard a observé le même phénomène en électrisant les régions voisines du cervelet et en particulier le vermis inférior. On peut également l'obtenir lorsque l'on sectionne le plexus des nerfs du rein. La polyurie que l'on obtient alors n'a pas les mêmes caractères physiques que celle dont l'origine est cérébrale. Elle va en augmentant progressivement, reste un temps plus ou moins long stationnaire et décroît ensuite. Elle est moins brusque, mais plus persistante. De sorte qu'il y aurait réellement deux sortes de polyurie d'origine nerveuse. Une polyurie paralytique d'origine périphérique, obtenue par la réaction du plexus cérébral; l'autre centrale, due au contraire à l'excitation des nerfs sécrétoires du bulbe et du cervelet.

Chez notre malade, nous en sommes réduit à supposer une lésion quelconque du bulbe, lésion dont la physiologie expérimentale n'éclaire pas beaucoup la nature. Aussi devons-nous réserver notre pronostic.

J'en arrive au traitement auquel nous avons soumis cet enfant. Vous connaissez tous les propriétés anti-douloureuses de l'antipyrine, vous savez également qu'elle a rendu des services dans la chorée; mais ce médicament a de plus une action sur la sécrétion rénale qu'il diminue, *il ferme le rein*, selon l'expression de Renaut. Nous basant sur ce fait, nous l'avons essayé dans le cas actuel. Nous l'avons administré d'abord à la dose de 1 gr. 50, puis nous l'avons porté successivement à 3 gr., puis à 5 gr. A partir du moment où le malade a atteint 2 gr. 50, la couche des urines s'abaisse pour descendre à 2 litres lorsque nous avons atteint la dose de 5 gr.

Cette amélioration va-t-elle persister ; se maintiendra-t-elle lorsque nous aurons supprimé l'antipyrine? Si cela est, nous aurons relevé une observation des plus curieuses, car il n'est pas rare de voir la polyurie persister des années entières, résistant à tous les agents thérapeutiques dont l'effet est à peu près nul. Je vous citerai, parmi les médicaments qu'on lui a opposés, le bromure de potassium, la belladone, l'opium surtout qu'on a donné souvent à d'assez fortes doses. Mais les résultats avaient été si peu encourageants qu'on avait abandonné toute tentative thérapeutique, et que la polyurie était considérée par la plupart des auteurs comme un état chronique contre lequel on était à peu près désarmé.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LES RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA SYPHILIS, par le docteur EMMANUEL RÉGIS.

La question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis qui n'a cessé, depuis qu'elle est soulevée, d'attirer l'attention des observateurs, est devenue dans ces dernières années l'un des problèmes les plus activement étudiés de la pathologie mentale. Il n'est pas de Société ou de Congrès de neurologie qui ne l'inscrive à son ordre du jour, pas d'auteur qui n'en aborde la solution. L'Académie de médecine de Paris elle-même a cru devoir en faire le sujet d'un de ses prix de l'année courante.

Si cette question est l'une des plus débattues, c'est aussi, cela va sans dire, l'une des plus controversées, et il n'est pour ainsi dire pas d'hypothèse qui n'ait vu le jour à son endroit.

Il serait trop long d'énumérer en détail ici la manière de voir de chaque auteur français et étranger. Bornons-nous à dire que toutes les opinions émises peuvent, d'une façon générale, se résumer dans les trois formules suivantes :

1° Certains auteurs soutiennent que la paralysie générale a constamment pour origine la syphilis innée ou acquise, et qu'elle n'est autre chose qu'une forme de syphilis cérébrale (Kjilberg, Jenker, etc.); 2° d'autres, rencontrant très fréquemment la syphilis chez les sujets atteints de paralysie générale, en concluent qu'il y a une étroite relation entre ces deux états, mais sans oser affirmer que l'un est la conséquence directe de l'autre (Jessen, Esmarch, Stunberg, Landberg, Jespersen, Rinecker, Pontoppidan, Griesinger, Schüle, Mendel, H.-C. Wood, Legrand du Saulle, Pasquale Pirocchi, Rollet, Sauret, Coffin, Foville, Erlenmeyer, Œdmanson, Julius Mickle, Savage, Jastrowitz, Max Goldstein, Reinhard, Snell, Kiernam, Goldsmith, etc., etc); 3° quelques-uns enfin, tout en reconnaissant que la syphilis peut s'observer quelquefois chez les paralytiques généraux et que certaines encéphalopathies syphilitiques ressemblent plus ou moins à la paralysie générale, estiment cependant que ces deux affections sont distinctes et indépendantes dans leur caractère (Muller, Buzzard, Fournier, Voisin, Baillarger, Ball, Lasègue, Christian, Magnan, Mauriac, Linstow, Heubner, Lewin, etc., etc.)

Jusqu'à ces dernières années, la majorité de l'Ecole française a appartenu à cette dernière catégorie d'opinion, les deux premières étant représentées surtout par les aliénistes étrangers. Il semble cependant que peu à peu des défections s'opèrent et que, suivant la parole de Mendel, les relations entre la paralysie générale et la syphilis deviennent de plus en plus évidentes. En tout cas, il n'est pas douteux que les partisans de la seconde opinion ne soient aujourd'hui les plus nombreux et que leur nombre ne s'accroisse de jour en jour.

Pour ma part, j'ai cru pendant bien longtemps, avec beaucoup d'autres, que la syphilis n'était pas un antécédent fréquent dans la paralysie générale et qu'elle ne donnait guère lieu qu'à des *pseudo-paralysies générales* plus ou moins susceptibles de guérison. C'est ainsi que nous pensions tous, je crois, en 1880, à la Clinique de Sainte-Anne, lorsque le professeur Kjillerg, de l'Université d'Upsal, y soutenait ses idées sur l'origine exclusivement syphilitique de la paralysie générale et sa curabilité par le traitement spécifique. Les insuccès réitérés de ce traitement chez nos malades n'étaient pas faits, il faut le dire, pour nous rallier à la thèse si absolue du médecin suédois.

Depuis cette époque, ma manière de voir s'est peu à peu modifiée par une observation plus attentive et je n'hésite plus à croire et à confesser aujourd'hui que j'étais primitivement dans l'erreur.

Voici comment je comprends, à l'heure actuelle, les principaux points de la question :

1° *Fréquence de la syphilis comme antécédent de la paralysie générale.*

Vivement frappé, dans ces dernières années, par la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux qu'il m'a

été donné d'observer, j'ai cru d'abord à une simple coïncidence, mais la répétition du fait ne pouvait me laisser longtemps dans le doute sur sa signification, et j'en suis arrivé à constater présentement que *presque tous les paralytiques généraux qui passent sous mes yeux sont d'anciens syphilitiques*.

Voici d'ailleurs la statistique, à ce point de vue, des 378 paralytiques généraux que j'ai connu depuis 1880 Je les ai divisés en trois catégories : 1° Ceux de l'asile Sainte-Anne ; 2° ceux de la Maison de santé de X... ; 3° ceux de la clientèle de ville. Dans chaque catégorie, j'ai séparé par colonnes (*a* les individus sur lesquels je n'ai pu avoir de renseignements au sujet d'une syphilis antérieure ; (*b* ceux qui avaient eu *probablement* cette maladie ; (*c* ceux qui l'avaient eue *sûrement* ; (*d* ceux qu'on affirmait ne l'avoir pas eue.

	Sans renseignements.	Syphilis probable.	Syphilis certaine.	Pas de syphilis.	Total.
Asile Sainte-Anne.	288	1	21	8	318
Maison de santé....	26	4	12	0	42
Clinique de ville...	1	4	13	0	18
	315	9	46	8	318

Cette statistique, ainsi établie, me paraît avoir une certaine valeur. Elle montre en effet de la façon la plus nette que la *proportion des syphilitiques, parmi les paralytiques généraux, est d'autant plus élevée que les malades sont mieux connus, ce qui revient à dire que la syphilis manque surtout là où les renseignements font défaut*. Ainsi, sur les 318 paralytiques de l'Asile Sainte-Anne, il en existe seulement 30, soit 9,12 % avec indication relative à la syphilis, et sur ce nombre, 21, soit 6,6 0/0 du chiffre total, sont notés comme sûrement syphilitiques. Sur les 42 malades de la Maison de santé, on en trouve déjà 16 (38 0/0) à antécédents connus, dont 12 (28,5 0/0 du total), syphilitiques. Enfin, sur les 18 malades de la ville, 17, c'est-à-dire 94,4 0/0 sont connus, et, sur ces 17, 13 sont syphilitiques, c'est-à-dire 72 0/0.

On voit donc qu'il y a un rapport direct entre ces deux termes : *connaissance des antécédents* et *existence de la syphilis*, et que cette dernière est d'autant plus fréquente que les premiers sont plus précis et plus complets. Si maintenant on fait porter la statistique uniquement sur les malades au sujet desquels existent des renseignements, positifs ou négatifs, on trouve comme proportion des syphilitiques : 1° Pour ceux de l'Asile, 70 0/0 ; 2° pour ceux de la Maison de santé, 75 0/0 ; 3° pour ceux de la ville, 76 0/0. Encore n'est-il pas tenu compte, dans cette évaluation, des syphilitiques probables, ce qui augmenterait d'autant la proportion.

Je dois faire remarquer que, dans l'ensemble des paralytiques à antécédents connus, se trouvent quatre femmes, dont une parmi les malades de l'Asile, deux parmi ceux de la Maison de santé et une parmi ceux de la ville. *Toutes les quatre avaient eu la syphilis*. Celles de la Maison de santé sont les deux seules paralytiques femmes que l'Etablissement ait reçu dans l'espace de quarante années. L'une d'elles, honnête mère de famille, avait contracté la syphilis en même temps que sa fille, par une revaccination malheureuse.

On voit par ces données que la syphilis est un antécédent extrêmement fréquent dans la paralysie générale. Si elle a pu et peut encore paraître rare à certains auteurs, au nombre desquels j'ai été moi-même, c'est évidemment à cause de la difficulté qu'il y a à se renseigner sur une particularité de cette nature. C'est pourquoi plus cette difficulté est grande, comme dans les Asiles, plus le chiffre des malades notés comme syphilitiques est faible ; plus la difficulté diminue, comme dans les Maisons de santé et la clinique de la ville, plus le chiffre des paralytiques devient élevé.

Pour donner une idée exacte de la difficulté que peut présenter la recherche d'un tel antécédent, je citerai seulement deux exemples :

J'étais appelé, il y a quelques mois, en consultation auprès d'un jeune avocat de 32 ans, qui présentait des signes évidents de paralysie générale au début, avec excitation violente et délire des grandeurs. Lorsque nous discutâmes avec mes confrères l'origine de cette affection, j'émis l'hypothèse d'une syphilis possible, comme je le fais toujours en pareil cas, depuis que je suis éclairé sur la fréquence de cette cause. Un des médecins qui connaissait depuis longtemps le malade se porta garant de la correction de sa vie et de ses habitudes, tant passées que présentes, et crut pouvoir, par conséquent, repousser cette hypothèse. Un oncle, également consulté à cet égard, fut plus affirmatif encore et nia complètement la syphilis.

La femme, bien entendu, ne fut pas interrogée ; outre que la question était des plus délicates, elle n'aurait probablement rien su : les femmes ne savent rien de cela le plus souvent. M. X.... entra donc dans la Maison de santé comme exempt de syphilis, n'en portant d'ailleurs aucune trace apparente. Or, dans le plein de son excitation, dans cet état d'expansion inconsciente où l'aliéné entremêle à ses propos délirants des récits et des aveux réels, qu'il est facile avec un peu d'habitude de séparer de ses divagations, il donna les détails les plus précis sur sa syphilis antérieure, indiquant spontanément la date et les conditions dans lesquelles il l'avait contractée, les divers accidents survenus, le traitement fait, tout, jusqu'au prénom de la femme qui la lui avait transmise. Le doute n'était donc pas possible, et le malade qui, sans cet aveu échappé à l'inconscience de sa folie, allait être classé parmi les paralytiques non syphilitiques, était en réalité atteint de syphilis.

Dans une autre circonstance toute récente, j'ai vu également à titre de consultant un industriel de 41 ans, atteint de lypémanie avec des signes manifestes, quoique encore non évidents, de paralysie générale. Mes confrères crurent pouvoir écarter la syphilis, avec d'autant plus de raison que le malade, qu'ils connaissaient de longue date, l'avait toujours niée à l'un d'eux. Un parent, interrogé sur ce point, affirma également la non-existence de l'infection antérieure. Depuis que M. R... est dans la Maison de santé, un autre de ses parents est venu spontanément me déclarer qu'il avait eu la syphilis en 1867, pendant un de ses voyages d'affaires, et qu'il était resté plusieurs mois à l'étranger, en pleine période d'accidents secondaires, pour se faire traiter plus commodément que dans sa famille. Presque en même temps, le malade se mettait à répéter la phrase suivante, très significative même au milieu du délire hypochondriaque auquel elle se rattachait : « *J'ai une vérole qui me coupe les flancs.* »

Ces faits sont très instructifs, car ils prouvent combien il est difficile d'arriver à la vérité en ce qui concerne la syphilis. Parfois, c'est le hasard seul qui, par la bouche du malade lui-même (1), auquel le délire a fait perdre sa réserve habituelle,

(1) Dans un travail récent, dont je n'ai eu connaissance que

vient révéler l'existence de cette diathèse ignorée de tous jusqu'alors. On ne saurait donc apporter trop de soin et trop d'insistance dans la constatation de cet antécédent pathologique, qui paraît ne pas faire souvent défaut lorsqu'il est sérieusement recherché.

Quant à la proportion exacte des cas de syphilis, on voit par cela même combien il est difficile de l'obtenir, et c'est ce qui explique l'immense désaccord qui règne à cet égard entre les auteurs. Il ne faut pas demander à la statistique plus qu'elle ne peut donner. Ce qu'on peut dire, c'est que plus les renseignements sont précis, plus le chiffre des syphilitiques est élevé(1), et on a vu que, pour ma part, je l'ai trouvé oscillant entre 70 et 76 % chez les malades connus, même en ne tenant compte que des cas absolument certains. S'il est impossible d'établir une moyenne générale et constante, on peut donc, en toute certitude, affirmer que la syphilis est extrêmement fréquente chez les paralytiques généraux.

2o. *Action de la syphilis sur le développement de la paralysie générale.*

Cette fréquence est-elle une simple coïncidence, ou y a-t-il entre ces deux termes : *Syphilis antérieure, Paralysie générale consécutive*, un rapport de cause à effet ?

La répétition même de cette coïncidence suffirait à prouver à elle seule qu'il y a là plus qu'un effet du hasard ; la rareté réelle de la syphilis chez les autres catégories d'aliénés l'établit péremptoirement. En procédant de la sorte au sujet de l'ataxie locomotrice qui a tant de points communs avec la paralysie générale, M. Pitres est arrivé à constater que dans 49 % environ des cas d'ataxie qu'il a observés, il existait des signes certains de syphilis antérieure, tandis que chez les autres malades de son service d'hôpital, tuberculeux pour la plupart, la proportion se réduisait à 5 ou 6 0/0. Le docteur W.-B. Goldsmith, établissant pour la paralysie générale une statistique comparative analogue, a trouvé que, sur 126 hommes et 28 femmes paralytiques, traités à l'hôpital d'aliénés de Dowers pendant sa direction, 36 hommes et 11 femmes étaient connus pour avoir eu la syphilis, soit près d'un tiers du nombre total, avec cette particularité qu'un grand nombre d'autres étaient douteux. Chez 500 autres malades atteints de formes diverses d'aliénation, la syphilis fut trouvée par lui plus de six fois moins fréquente (BOSTON MED. AND SURG. JOURN., 5 novembre 1885). Savage a également constaté que très peu, pas 5 0/0 des aliénés ordinaires, hommes de l'Asile de Bethlem, avaient eu la syphilis, tandis qu'elle existait chez 25 0/0 au moins des paralytiques généraux.

Donc, si la syphilis, en tant qu'antécédent, est très fréquente dans la paralysie générale, elle est par contre très rare dans la folie ordinaire. Mais il y a plus : des statistiques démontrent, par une sorte de preuve inverse, que la paralysie générale est exceptionnelle dans les milieux où la syphilis fait défaut. C'est ainsi que, sur une population moyenne de 190 à 200 malades existants à l'Asile de Saint-Alban (Lozère), M. Camuset n'a trouvé *dans l'espace de dix ans que dix paralytiques généraux*. Or, l'alcoolisme et la syphilis sont à peu près inconnus dans ce pays.

On ne peut donc nier qu'il y ait, entre la paralysie générale et la syphilis, une intime relation. Mais cette relation, quelle est-elle exactement? La syphilis crée-t-elle de toutes pièces la paralysie générale? En d'autres termes, la paralysie générale est-elle une forme de syphilis des centres nerveux ?

Cela n'est pas impossible. Toutefois, il faudrait bien connaître les lésions que peut produire la syphilis dans le cerveau pour l'affirmer. D'autre part, le fait d'une encéphalopathie spécifique, presque fatalement incurable, ne s'accorde guère avec ce qu'on sait de la curabilité relativement fréquente des syphilis cérébrales. Il y a donc là une inconnue difficile à dégager.

Dans l'état actuel des choses, voici ce qui me paraît probable. J'ai remarqué que les paralytiques généraux syphilitiques étaient en même temps, pour la plupart, des *cérébraux*, surtout des cérébraux d'origine, ce qui m'a naturellement amené à conclure que la paralysie générale était chez eux le résultat du concours de deux éléments : 1o Un élément prédisposant, l'hérédité cérébrale ; 2o un élément occasionnel, la syphilis. Le premier de ces deux facteurs déterminerait, en le préparant à l'avance, le lien d'élection du second.

Ainsi se trouverait expliqué pourquoi certains syphilitiques deviennent paralytiques généraux à l'exclusion de tant d'autres, et pourquoi aussi, dans les familles de cérébraux, quelques-uns seulement des individus deviennent paralytiques(1). La prédisposition et l'occasion, isolées l'une de l'autre, seraient insuffisantes à produire la maladie qui serait le résultat de leur combinaison et de leur action commune.

Ce n'est évidemment là qu'une tentative d'explication, et rien n'est moins certain que cette hypothèse. Même en l'admettant, il resterait à élucider d'autres points obscurs, notamment pourquoi la syphilis détermine chez certains cérébraux les lésions de la paralysie générale plutôt que celles d'une affection quelconque des centres nerveux. Il n'en est pas moins vrai que, telle qu'elle est, cette tentative d'explication, qui s'accorde avec les idées du professeur Fournier sur les localisations de la syphilis, suivant les individus, est peut-être la

depuis la rédaction de la présente note, le docteur Savage dit aussi à ce propos : « Dans quelques cas, j'ai obtenu le récit de l'infection des malades eux-mêmes pendant les périodes de rémission ». Les faits que je cite ne se rapportent pas, comme on l'a vu, à des périodes de rémission, mais, au contraire, aux phases d'excitation aiguë de la maladie.

(1) Plusieurs auteurs ont déjà fait la même remarque, et Savage, dans son travail cité plus haut, dit expressément : « Et plus soigneusement, j'étais capable de remonter dans leur histoire; plus fréquemment, j'ai trouvé la syphilis comme l'un des facteurs. »

(1) Savage *(loc. cit.)* cite parmi les objections à l'origine constante de la paralysie générale par la syphilis le cas où deux frères, jumeaux ou non, sont atteints l'un et l'autre de paralysie générale, sans avoir été infectés de syphilis et sans avoir présenté le même tempérament, ni même le même genre de vie. Il en cite deux exemples. Or, rien n'empêche, dans ces faits, d'invoquer l'action de la syphilis congénitale, d'autant que Savage dit expressément : « La tendance à être frappé prématurément du côté du système nerveux faisait partie de l'*héritage* des sujets et n'avait rien à voir avec aucune cause acquise de dégénération ». J'ai déjà fait remarquer pour ma part que, dans les cas de *paralysie générale prématurée*, le mal avait sa source dans une cause puissante, au premier rang desquelles venaient se placer l'hérédité et la syphilis. J'ai rapporté en 1885 l'observation d'un jeune homme frappé de paralysie générale à l'âge de 17 ans, chez lequel l'affection résultait selon toute apparence d'une syphilis infantile communiquée par la nourrice. Le professeur Strümpell vient de publier également l'intéressante observation d'une jeune fille atteinte de paralysie générale à l'âge de 13 ans, et il n'hésite pas à attribuer sa maladie à la syphilis du père, infecté deux ans avant la naissance de sa fille (NEUROL. CENTRALBL., 1er mars 1888).

seule qui satisfasse en partie l'esprit et qui donne une raison plausible de la double fréquence chez les paralytiques généraux, et d'une prédisposition cérébrale et d'antécédents syphilitiques.

C'est ainsi, pour ma part, que je comprends aujourd'hui la paralysie générale et le rôle que joue vis-à-vis d'elle la syphilis comme agent de production. C'est à l'avenir et à des recherches nouvelles à nous éclairer complètement sur cette question si importante de pathologie mentale.

Il nous reste à examiner maintenant quels sont les caractères de la paralysie générale chez les syphilitiques.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ANTISEPSIE PLEURALE DANS L'HYDROPNEUMOTHORAX, par le professeur J. RENAUT, de l'Académie de médecine.

I

Un travail récent de M. le professeur Potain a de nouveau attiré l'attention sur l'intérêt majeur qu'il y aurait à pouvoir ramener, dans tous les cas, l'épanchement consécutif au pneumothorax d'origine tuberculeuse à l'état de collection liquide intra-pleurale aseptique. Mais la méthode proposée par M. Potain exige un dispositif assez compliqué. J'ai pensé qu'à ce dispositif pouvait être substituée une méthode beaucoup plus simple, parfaitement inoffensive, n'exigeant de la part du clinicien aucun outillage spécial, ni aucune préparation laborieuse telle que celle d'un air absolument stérilisé. Cette méthode est celle des injections intra-pleurales de liqueur de Van-Swieten, faites à l'aide de la simple seringue de Pravaz.

Je suis parti de ce principe, acquis expérimentalement par moi depuis longtemps, que, pour empêcher toute germination pendant nombre de jours dans un liquide tel que celui de l'amnios, cependant des plus altérables, il suffit d'y ajouter *quelques gouttes* de liqueur de Van Swieten officinale. Un embryon de mouton, abandonné dans une soucoupe, sous une simple cloche, dans son liquide amniotique ayant subi une telle addition, se conserve aisément tout à fait inaltéré pendant très longtemps, au sein du milieu stérilisé par la faible quantité de solution bichlorurée.

Cela posé, je viens de mettre la méthode à l'épreuve dans un cas de pneumothorax que je vais maintenant relater. J'ai de la sorte maintenu à l'état de sérosité citrine, *pendant vingt jours*, un épanchement consécutif à un pneumothorax déterminé par la rupture, dans la plèvre, d'une série de cavernules sous-pleurales, à *contenu franchement purulent*. La résorption de cet épanchement commençait à s'opérer, comme le montrait l'abaissement de la ligne de niveau du liquide intrapleural, quand la mort est survenue par suite d'un second pneumothorax produit dans la cavité pleurale opposée, de façon à annuler entièrement le seul des deux poumons qui respirât.

II

OBSERVATION (résumée). — *Phthisie rapide; broncho-pneumonie tuberculeuse généralisée à gauche; hydro-pneumothorax gauche; injections réitérées de liqueur de Van Swieten dans la plèvre gauche; pneumothorax droit dû à la rupture du poumon droit lésé par l'emphysème vicariant devenu sous-pleural; mort; épanchement hydro-aérique gauche resté citrin pendant vingt jours, et en voie de résorption au moment de la mort.*

B... (Célestin) entre dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint Pothin, n° 7, le 1er mai 1888. Il est de forte constitution et sa maladie remonte à quinze jours seulement. Depuis lors, il tousse, a perdu l'appétit, s'amaigrit et a la fièvre. Il porte au sommet gauche des lésions récentes, mais déjà avancées de tuberculisation pulmonaire : (gros craquements humides et souffle d'induration); à droite, craquements humides plus fins, non confluents, disséminés dans toute la hauteur du poumon. On diagnostique une *Phthisie galopante* à son début.

Pendant trois jours, la fièvre oscille autour de 39°, avec un type à peine rémittent. Le 4 mai, la température atteint brusquement 40°,6, se maintient à ce taux le soir, puis subit le 5 et le 6 une rémission matinale d'un degré. En même temps se montraient, dans toute la hauteur du poumon gauche, les signes physiques d'une broncho-pneumonie tuberculeuse à groupes tubéreux (granulo-pneumoniques) semi-confluents. A son affection antrieure, le malade joint donc une poussée de *phthisie aiguë broncho-pneumonique* localisée du côté gauche.

Le 6 mai au soir, brusquement, B... est pris de dyspnée intense, avec 68 respirations par minute, pouls 128, orthopnée, refroidissement des extrémités. La toux reste modérée, mais l'expectoration, de vitreuse et collante, devient abondante, spumeuse. Mon interne, M. Duchéneau, constate à l'auscultation, *à gauche*, l'abolition du murmure respiratoire, l'apparition du tintement métallique, le bruit d'airain, etc. Les vibrations thoraciques sont abolies, la paroi thoracique percutée donne un son tympanique *Un large pneumothorax s'est produit*. T. R. 40,5.

Le 7 mai, T. R. 37,4, pouls 108, très petit. 56 respirations par minute. La succussion hippocratique donne le bruit de flot; l'épanchement consécutif au pneumothorax s'est produit dans la plèvre.

Le 8 mai, T. R. 39,4; 68 respirations, pouls 136. Etat sensiblement analogue, dyspnée persistante; décubitus constant sur le côté gauche, sans pouvoir bouger.

Le 9 mai, dans les limites de l'épanchement, je fais une ponction aseptique avec une seringue de Pravaz. Le liquide retiré est absolument citrin. Laissant alors la canule en place, *je fais, au sein du liquide pleural, une injection de trois seringues* (3 cc.) *de liqueur de Van Swieten*. Le soir, la dyspnée étant toujours très forte, on applique 10 ventouses sèches.

Le 12 mai, liquide intra-pleural toujours citrin; nouvelle injection de *trois seringues* de Pravaz de liqueur de Van Swieten.

Le 15 mai, injection de *cinq seringues*.

Dès le 16 mai, B... accuse une grande amélioration.

Le 18 mai, le liquide retiré par la ponction exploratrice est toujours limpide. L'expectoration est toujours constituée par des crachats transparents, adhérents, striés de bulles. La fièvre se poursuit suivant le type continu rémittent (maximum le soir, 39°,6, minimum le matin, 38°,6), mais le malade n'est plus obligé de se tenir constamment couché sur le côté gauche; il s'assied sur son lit, mange avec appétit. Il rapporte nettement son état de mieux au moment où les injections médicamenteuses ont été mises en usage.

Le 22 mai, le niveau du liquide épanché s'est abaissé, car en enfonçant la seringue de Pravaz au même point que précédemment, on ne retire plus de liquide; pour en avoir, il faut reporter la piqûre à deux travers de doigt plus bas. *Injection de huit seringues de liqueur de Van Swieten* (8 grammes).

Le soir, un peu de dyspnée. Inhalation d'oxygène.

Le 25 mai, *injection de huit seringues* de liqueur de Van Swieten (8 grammes).

Le 26 mai, le niveau du liquide est encore descendu. *Injection de cinq seringues* de liqueur de Van Swieten. A ce moment, B... est dans un état tout à fait satisfaisant. Mais à peine avons-nous quitté la salle que mon interne est rappelé. Le malade a été pris

d'une anxiété et d'une dyspnée subites et terribles, avec cyanose des lèvres et des mains, refroidissement des extrémités. Il s'agite comme un homme qui se noie, se suspend à la traverse de son lit, essaye d'en sortir et tombe mort avant qu'on ait eu le temps de lui apporter un ballon d'oxygène.

A l'autopsie, la cause de la mort se révèle immédiatement. A l'ouverture de la plèvre droite, l'air sort en sifflant. Le poumon droit est refoulé contre la colonne vertébrale, entièrement affaissé. Il porte en une série de points des lésions d'emphysème interlobulaire et sous-pleural. A l'insufflation, son bord tranchant laisse filer l'air. Il s'est produit de ce côté un pneumothorax complet, par rupture de la plèvre décollée par l'emphysème vicariant; il n'y avait en effet, entre la plèvre et le poumon, aucune adhérence ayant pu retenir l'organe. Le poumon ne renfermait que des îlots granulo-pneumoniques discrets, distribués le long des bronches, tous profonds et dont aucun n'avait subi le moindre commencement de ramollissement.

A gauche, côté de l'hydropneumothorax ancien, la plèvre renfermait des fausses membranes molles et environ 600 gr. de liquide *absolument citrin*, analogue à celui d'une ascite. Le poumon était atteint dans sa presque totalité d'une éruption granulo-pneumonique semi-confluente, dont les innombrables groupes tubéreux ramollis étaient séparés par du tissu pulmonaire atélectasié et œdématié. Dans toutes ses parties, le tissu de ce poumon tombait au fond de l'eau comme une pierre.

Sous la plèvre, trois groupes tubéreux s'étaient rompus, puis recouverts de larges plaques laiteuses déprimées en ombilic à leur centre. En dehors d'eux, deux nouveaux groupes tubéreux, véritables petits abcès pleins de pus crémeux, faisaient saillie comme de grosses pustules, tout prêts à éclater à leur tour dans la cavité pleurale, libre de toute adhérence sauf au sommet.

La rate était grosse, diffluente, pesant 430 grammes.

Le poumon gauche, hépatisé, pesait 800 gr.; le droit, affaissé, 500 grammes.

La fin de l'intestin grêle et le cœcum présentaient une série d'ulcérations tuberculeuses au niveau des follicules clos isolés ou agminés.

Rien de notable dans les autres organes.

III

Ainsi donc, le liquide d'un hydropneumothorax provoqué par la rupture, dans la plèvre, de cavernules renfermant du *muco-pus tuberculeux*, c'est-à-dire placé dans des conditions particulièrement favorables à sa transformation purulente : ce liquide, adjacent à un poumon enflammé, suppurant partout par points, a été maintenu *vingt jours* dépourvu de toute purulence à la suite des injections réitérées de liqueur de Van Swieten.

Je suis autorisé à croire que, dans ce cas, ces injections ont joué le rôle principal dans le maintien prolongé du liquide épanché à l'état citrin. Le commencement de résorption accusé par la baisse progressive du niveau du liquide me permet aussi de conclure que le processus était, à gauche, absolument en voie de clôture quand le nouveau pneumothorax, s'opérant à droite et en vertu de causes toutes mécaniques, est venu terminer la scène et donner au cas présent la netteté d'une vivisection.

Je suis enfin amené à proposer la méthode des injections intra-pleurales de liqueur de Van Swieten comme moyen à opposer à la purulence des épanchements consécutifs au pneumothorax. En agissant, tant pour la ponction exploratrice que pour l'injection médicamenteuse, avec les précautions voulues (lavage exact de la seringue avec la liqueur de Van Swieten, flambage de l'aiguille trocart), cette méthode n'entraîne aucun danger ni aucun inconvénient. Quelques grammes du liquide antiseptique paraissent suffire pour stériliser l'épanchement ; aucune trace de phénomènes toxiques n'a pu être observée, même après l'injection de huit grammes. Enfin, cette méthode, qui n'est ni dangereuse ni douloureuse, n'exige aucun dispositif. Chaque médecin l'a sous la main, et, avec la seringue de Pravaz, pour ainsi dire dans sa poche.

Mais, si je la *propose*, je n'entends pas dire ici que je la considère comme ayant d'ores et déjà une valeur exactement déterminée. Pour qu'elle soit telle, il convient de lui faire subir l'épreuve de la mise en pratique dans un nombre suffisant de cas. C'est même pour celà seulement que je la fais connaître aujourd'hui, sans plus attendre. Dans un service d'hôpital actif cependant comme le mien, on ne voit que trois ou quatre hydropneumothorax en une année. Pour juger la méthode, il importe donc qu'elle soit mise en usage par une série de chefs de service. J'espère que mes collègues des hôpitaux de Lyon et de Paris voudront bien en faire l'essai ; après quoi, on en pourra déterminer la valeur définitive.

Toutefois, je puis dire déjà qu'un certain nombre de faits viennent dès maintenant à l'appui des espérances qu'elle me donne. J'ai, par exemple, dans mon service, un malade atteint d'une pleurésie droite avec épanchement, et d'origine très probablement tuberculeuse. Il y a quelques semaines, je fis une ponction exploratrice au bas de la poitrine, en arrière, et je retirai du liquide citrin à plusieurs reprises. Laissant la canule en place, j'injectai chaque fois une seringue de liqueur de Van Swieten. Cette portion inférieure de la pleurésie a évolué sans purulence ; le liquide est aujourd'hui résorbé. Le processus est clos.

Mais il existait en même temps, et du même côté, un épanchement interlobaire (entre le lobe supérieur et le lobe moyen). Cet épanchement ne fut l'objet d'aucune injection médicamenteuse, car je ne le soupçonnais pas. Or, *il a suppuré*. Le malade vient d'en rendre le contenu par une vomique type, avec amphorisme passager indiquant le siège exact de l'épanchement interlobaire.

Ce second fait me confirme dans mon opinion : qu'il suffit de petites, et même de très petites quantités de bichlorure d'hydrargyre pour stériliser un épanchement pleurétique. Tout fait donc prévoir la confirmation des espérances indiquées par la méthode que je viens d'exposer, quand on l'appliquera tant au traitement de l'hydropneumothorax qu'à celui des épanchements pleuraux non encore purulents, mais dont on redoute la suppuration éventuelle.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

I. SUR L'ACTION DU SULFONAL, par le docteur RABBAS (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 17, p. 331). — II. SUR LE SULFONAL, par MM. LANGGAARD et RABOW (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, fasc. 1, p. 237). — III. HYOSCINE ET SULFONAL, par le docteur SALGÓ (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1888, n° 22, p. 748).

Un premier article a déjà été consacré dans ce journal (1888, n° 19, p. 226) à faire connaître les principales propriétés chimiques et pharmacodynamiques du sulfonal. Un psychiâtre de Fribourg, M. Kast, a vanté ce produit comme un somnifère

de grande valeur. Les essais cliniques faits depuis lors par d'autres médecins ont confirmé l'exactitude de cette appréciation.

I. Ainsi, à l'asile d'aliénés de Marburg, le sulfonal a fait l'objet d'une expérience en règle; 220 doses de ce médicament ont été administrées à 27 déments, et voici en quels termes M. Rabhas a formulé les conclusions qui se dégagent des faits observée :

Le sulfonal est un hypnotique (narcotique) qui, déjà à doses moyennes (2 à 3 grammes), agit plus sûrement et mieux que l'hydrate d'amylène et la paraldéhyde à hautes doses. L'action somnifère du sulfonal se manifeste même chez les personnes qui ont contracté l'habitude de faire usage des narcotiques. Ce médicament a encore sur l'hydrate d'amylène et la paraldéhyde l'avantage d'être dépourvu de goût et d'odeur. Le chloral procure un sommeil plus rapide à se manifester, mais moins durable. Des doses isolées de 2 à 3 grammes de sulfonal donnent également de bons résultats chez des malades agités. Il ne semble pas que l'administration prolongée du sulfonal entraîne l'accoutumance et nécessite d'augmenter les doses. L'effet somnifère se manifeste le plus souvent une ou deux heures au plus tard après l'ingestion du médicament, et persiste sans interruption pendant six à huit heures; quelquefois même l'effet se prolonge pendant une partie de la matinée. Ce sommeil artificiel ressemble absolument au sommeil normal. Des doses plus fortes, 4 grammes, administrées alternativement avec des doses plus faibles de 2 à 3 grammes, à des intervalles de temps rapprochés, n'exercent aucune influence délétère sur l'organisme. D'une façon générale, il ne se produit pas d'effets fâcheux consécutifs, même quand l'usage du médicament est continué pendant longtemps. Il n'en résulte aucune influence fâcheuse sur l'appétit, la digestion, les fonctions respiratoire et cardiaque. Un malade a été pris de vomissements et un autre de diarrhée, mais il n'est pas certain que ces accidents soient imputables à l'usage du sulfonal. En raison de son innocuité absolue par rapport au cœur, le sulfonal offre des avantages considérables sur le chloral, dont l'action dépressive n'est que trop connue.

II. MM. LANGGAARD et RABOW, après avoir rappelé ce que l'on sait de la constitution moléculaire du sulfonal, donnent les renseignements suivants au sujet de la préparation de ce produit :

Dans un mélange composé de deux parties (en molécules) d'éthylmercaptan et d'une partie d'acétone, on fait passer un courant d'acide chlorhydrique sec. On obtient ainsi du dithioéthyl-diméthylmétan, qu'on agite avec une solution de permanganate de potasse à 5 0/0, en ajoutant de temps à autre quelques gouttes d'acide acétique ou d'acide sulfurique. Lorsque la décoloration du permanganate de potasse cesse de se faire, l'oxydation du produit intermédiaire ci-dessus nommé est achevée. On chauffe la masse au bain-marie et on filtre à chaud. Par évaporation, on réduit le liquide qui passe, à la moitié de son volume, on laisse cristalliser à froid. On obtient ainsi des cristaux de sulfonal, qu'on purifie en les reprenant par l'eau ou l'alcool pour les soumettre à une seconde cristallisation.

Relativement à l'action somnifère du sulfonal, il est dit que l'un des deux auteurs a expérimenté sur sa propre personne et sur des sujets de son entourage. Les observations qu'il a faites dans ces conditions confirment de tous points les résultats annoncés par Kast. Il semble bien que nous possédons dans le sulfonal un médicament somnifère d'une innocuité parfaite, dont l'emploi est surtout indiqué contre la variété d'insomnie, qualifiée de *nerveuse*, si répandue de nos jours. A la dose de 1 gramme, au plus 2 grammes chez les sujets d'une constitution robuste, le sulfonal procurait un sommeil réparateur, qui durait souvent toute une nuit, sans suites fâcheuses; au contraire le réveil était accompagné d'une sensation de grand bien-être. Voire qu'une dame, en proie à une insomnie nerveuse très opiniâtre, dormit très bien après avoir pris 1 gr. de sulfonal, et dormit encore mieux la nuit suivante, sans avoir ingéré une seconde dose, contrairement à ce qui se passe d'habitude avec les médicaments somnifères dont l'usage entraîne l'accoutumance.

Les deux auteurs insistent sur une autre particularité intéressante, c'est que l'effet somnifère du sulfonal continue de se produire alors même que le médicament est administré au milieu de la nuit. Enfin, ils font valoir que le sulfonal, dépourvu qu'il est de toute saveur, se prête particulièrement bien aux besoins de la médecine mentale. A ce propos, les deux auteurs mentionnent le cas d'une dame frappée de démence, en proie à une agitation violente et qui, depuis des années, se refusait à prendre des médicaments d'une façon suivie. On réussit à lui faire prendre du sulfonal à son insu, et à lui procurer ainsi du calme et du sommeil.

Pour ce qui concerne le mode d'administration, MM. Langghaard et Rahow signalent qu'ils ont fait préparer des pastilles au sulfonal, contenant 1 gramme de principe actif chacune, et qui sont d'un emploi très commode.

IV. M. SALGÓ s'exprime avec moins d'enthousiasme sur le compte du sulfonal. D'après les observations qu'il a faites à l'asile d'aliénés de Budapesth, le sulfonal, administré à titre de somnifère, à des paralytiques généraux agités, agit moins bien que le chloral et pas mieux que la paraldéhyde. Dans quelques cas, l'action somnifère a fait complètement défaut. D'autres fois, l'administration du sulfonal a été suivie, à quelques heures d'intervalle, d'un sommeil qui avait une durée moyenne de deux heures. Dans d'autres cas, chez des paralytiques dont la maladie était relativement peu avancée, l'effet somnifère a été à la fois plus prompt à se manifester et plus durable.

Les résultats ont été meilleurs dans un cas d'hystérie grave chez un morphinomane, dans un cas d'épilepsie et dans un cas de démence mélancolique. Ainsi, chez le morphinomane, l'administration de 2 grammes de sulfonal a procuré un sommeil calme de plusieurs heures, quoique on ent abaissé de moitié la dose de morphine que le malade s'était habitué à prendre dans les derniers temps.

M. Salgó reconnaît d'ailleurs que l'administration du sulfonal n'a jamais entraîné de suites fâcheuses, et que le médicament est accepté sans difficulté par les malades.

Dans ce même travail, M. Salgó rend compte des résultats qu'il a obtenus en recourant aux injections hypodermiques de chlorhydrate d'hyoscine, à titre de médication sédative, chez les déments agités. Ces résultats portent que l'hyoscine est de tous les calmants le plus efficace contre l'exaltation et l'agitation des déments, quelle que soit la forme de psychose à laquelle s'associent ces désordres, que l'hyoscine l'emporte de beaucoup à cet égard sur le chloral, la morphine, la paraldéhyde. Le liquide employé pour ces injections était une solution au

2/1000°, dont on injectait la valeur d'une demi-seringue de Pravaz; on a fait jusqu'à trois injections chez un même sujet, en l'espace de vingt-quatre heures, sans jamais constater des effets d'ordre cumulatif. L'auteur a donné d'ailleurs une description très détaillée des modifications qu'on voit survenir chez les agités, à la suite de ces injections de chlorhydrate d'hyoscine.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL D'AUTOPSIES, OU MÉTHODE DE PRATIQUER LES EXAMENS CADAVÉRIQUES AU POINT DE VUE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGAL, par M. THOMAS HARRIS, professeur-adjoint de pathologie à Owen's-College, traduit sur la première édition anglaise, et annoté par H. SURMONT. — Bruxelles. Manceaux, éditeur, 1888.

Pour bien faire une autopsie, il faut en avoir vu pratiquer beaucoup et s'être suffisamment exercé, sous la direction d'un maître éclairé, en vue d'obtenir l'habileté nécessaire aux diverses manipulations. Tout en étant le premier à reconnaître l'urgence absolue de cet enseignement, l'auteur pensa être utile aux étudiants et aux médecins en précisant avec un soin minutieux la façon d'examiner les cadavres, de procéder systématiquement aux diverses incisions.

Son livre, guide assurément très sûr, prévoyant toutes les difficultés qui peuvent se présenter par les plus vicieuses installations, est appelé à être d'un grand secours à ceux qui autopsient rarement, à ceux-là surtout qui peuvent avoir des problèmes médico-légaux à résoudre.

On lira avec intérêt ce qui a trait à l'examen du péricarde et du cœur, des plèvres et du poumon, de la rate, du duodénum, de l'estomac et du foie, du crâne et du cerveau. Comme le procédé recommandé par l'auteur pour l'autopsie de ce dernier organe diffère notablement de celui qui est employé chez nous, le traducteur a été bien inspiré en exposant dans une note additionnelle et terminale la méthode généralement adoptée par les médecins de la Salpêtrière.

LA TUBERCULOSE DANS LE XVIe CORPS D'ARMÉE, par M. le médecin principal FRILLEY, directeur du service de santé. — Cabiron Frères et Cie, éditeurs. — Montpellier, 1888.

La tuberculose est un sujet trop plein d'actualité pour qu'on ne réserve pas le meilleur accueil aux études qui ont pour but de faire connaître la façon dont elle se répartit. Portant son investigation sur une moyenne de 16,340 hommes présents, du 1er novembre 1883 au 1er novembre 1887, l'auteur relève un total de 345 réformés et de 78 décès. Cette proportion, de 5,21 0/0 dans le premier cas et de 1,11 0/0 dans le second, est de beaucoup supérieure à celle que fournit la statistique générale de l'armée, 2,96 0/0 et 1,23 0/0. Elle est surtout hors de comparaison avec celle de 0,94 % et 0,73 0/0 relative à l'Algérie, et de 0,58 0/0 et 0,54 0/0 afférente à la Tunisie, régions également méditerranéennes. Mais, où l'influence pernicieuse de la contrée se fait sentir, c'est lorsque l'on voit les extra-régionaux, c'est-à-dire les hommes appartenant à d'autres départements qu'à ceux de l'Aude, de l'Aveyron, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées-Orientales, du Tarn, être deux fois plus atteints par la tuberculose. Ces faits inattendus paraissent difficilement explicables. Quoi qu'il en soit, ils montrent combien était grande l'illusion qui pendant longtemps guida les poitrinaires vers Montpellier, comme elle les conduit aujourd'hui vers des stations hivernales plus méthodiquement choisies.

GUÉRISON RAPIDE DE L'ENTORSE ET DU DIASTASIS PAR L'APPLICATION MÉTHODIQUE DE LA BELLADONE. — DISPARITION PRESQUE INSTANTANÉE DE L'ÉLÉMENT DOULEUR, par J. ABEILLE. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

L'entorse étant de tous les jours et de tous les instants, on pourra aisément expérimenter le procédé de l'auteur, qui consiste à déposer une couche de pommade belladonée (extrait de belladone, 15 gr.; axonge, 20 gr. et cérat 10 gr.) sur les parties malades, à appliquer par-dessus une lame d'ouate imbibée d'eau froide et à recouvrir le tout d'un taffetas gommé. Les pansements, très fréquents au début, doivent être renouvelés toutes les deux, quatre, six et huit heures, suivant les effets constatés; la douleur, bientôt disparue, rend si faciles les mouvements articulaires, que les malades peuvent généralement marcher vingt-quatre heures après l'accident. Les dix observations publiées sont absolument convaincantes et doivent faire prendre en sérieuse considération un moyen thérapeutique conseillé par plus de vingt ans de pratique et par plus de trois cents cas observés.

CAS REMARQUABLE D'ECTASIE GLOBULEUSE DE LA CORNÉE SANS COMPLICATION DE PHÉNOMÈNES GLAUCOMATEUX, par TERSON. — Toulouse, 1888.

D'après le cas rapporté par l'auteur, il semblerait que l'on doit différencier deux formes dans l'anomalie désignée sous le nom de cornée globuleuse: l'une maligne, portant son action sur le globe de l'œil tout entier et amenant rapidement les désordres du glaucome; l'autre bénigne, localisée presque entièrement à la cornée ou tout au moins dans la région antérieure de l'œil, n'entraînant pas fatalement d'affection glaucomateuse et permettant d'espérer le succès d'une opération si le cristallin vient à s'opacifier.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — L'inauguration officielle du nouveau Musée de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août de l'année prochaine. A cette occasion, et en raison de l'affluence probable à Paris de médecins de la France et des autres pays, les médecins de l'hôpital Saint-Louis ont jugé le moment favorable pour la réunion d'un Congrès international de dermatologie.

Ce Congrès, dont la durée sera d'une semaine, se tiendra dans la grande salle du Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence de MM. Ricord et Hardy. Adresser les adhésions à M. Feulard, à l'hôpital Saint-Louis.

LE MUSÉE D'HYGIÈNE DE LA FACULTÉ. — La Commission d'hygiène près la Faculté de médecine a procédé, sous la présidence de M. Proust, à la réception et à l'inauguration d'un nouveau Musée, dit d'hygiène.

Comme l'indique son nom, ce Musée renferme exclusivement, tant au point de vue industriel que sous le rapport scientifique, tout

ce qui a rapport à l'hygiène. Ce Musée est installé au premier étage de la nouvelle École pratique située en bordure de la rue Antoine Dubois. On y entre actuellement par la cour du Musée Dupuytren, mais très prochainement on y accédera par une nouvelle porte que l'on va ouvrir du côté de la rue de l'École-de-Médecine. Dès maintenant, le Musée est ouvert tous les jours, dimanches et jours fériés exceptés, de une heure et demie à cinq heures, mais seulement aux médecins et aux étudiants en médecine. Le vendredi, à deux heures et demie, il y aura des visites accompagnées d'explications et de démonstrations. Le Musée est placé sous la direction de M. le docteur Martin. Un avis ultérieur fera connaître l'époque où ce Musée sera ouvert au public.

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois d'avril dernier, 156 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

27 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par inoculation du bulbe ou par le développement de la maladie chez des personnes ou des animaux mordus en même temps ;

109 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par des observations vétérinaires ;

29 ont été mordues par des animaux suspects.

Une adresse a M. Pasteur. — La Société des médecins praticiens de Saint-Pétersbourg a envoyé l'adresse suivante à M. Pasteur, à Paris :

Monsieur et vénéré maître,

La Société des médecins praticiens de Saint-Pétersbourg, dans sa séance du 12|24 avril, vous a élu par acclamation son membre honoraire.

Ce n'est là qu'un hommage dûment rendu aux mérites de votre illustre personne, créateur d'une science qui a dévoilé un nouveau monde et tracé de nouvelles voies aux investigations et à l'activité des médecins au lit de leurs malades.

Si un jour l'humanité reconnaissante vous érige des statues et les orne de lauriers, ce ne seraient pas là les lauriers des vainqueurs qui sèment la mort et la désolation, mais des bienfaiteurs qui conservent la vie, protègent le bien-être des peuples et contribuent aux progrès de la civilisation.

Agréez, etc.

M. Pasteur a répondu comme suit à cette adresse :

Chers et très honorés Docteurs,

J'éprouve une grande joie à la lecture de la lettre que je viens de recevoir et par laquelle vous m'informez que la Société des médecins praticiens de Saint Pétersbourg m'a nommé par acclamation dans sa séance du 12|24 avril, l'un de ses membres honoraires.

Je m'empresse de vous en remercier et de vous témoigner ma profonde gratitude des paroles aussi flatteuses qu'indulgentes de votre gracieuse lettre, que ma famille conservera comme un titre de noblesse.

Recevez, chers et très honorés docteurs, avec mes remerciements, l'expression de ma haute considération.

L. Pasteur.

Paris, le 23 mai 1888.

Les Instituts anti-rabiques. — Il existe aujourd'hui en Italie des laboratoires anti-rabiques sur le modèle de celui de Paris, dans les villes suivantes :

Milan, Turin, Naples, Palerme, Bologne et Ancône se préparent à en fonder chacun un nouveau, ce qui portera leur nombre à six pour l'Italie seulement.

S. M. le Roi d'Italie vient de concourir à l'établissement de celui de Bologne par une souscription de 2,000 fr. Voici la lettre que le Roi a fait adresser au Préfet pour lui annoncer cette libéralité :

S. M. le Roi a pleinement apprécié l'idée humanitaire que vous avez eue en faisant appel à la charité publique pour fonder, à Bologne, un Institut anti-rabique.

L'Auguste souverain souhaite que cette institution philanthropique accroisse le nombre de ces fondations qui honorent la ville de Bologne devant la civilisation et la science.

Le Roi, voulant concourir à ce but charitable et témoigner de sa sympathie pour l'œuvre dont vous avez pris l'initiative, m'a ordonné de vous remettre la somme de 2,000 fr...

Pour le Ministre de la Maison Royale,
Urbani Rattazzi.

Le nombre des laboratoires de prophylaxie de la rage est aujourd'hui, en comptant ceux de la Havane, du Brésil et de Buenos-Ayres, de 23. Tous les directeurs sont venus étudier la méthode à Paris.

— MM. les docteurs Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, et Schwartz, chirurgien des hôpitaux, viennent d'être chargés d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux en Allemagne et en Autriche.

— Le Conseil de la Faculté de médecine à Bordeaux a eu à délibérer sur les places d'agrégés à mettre au concours de 1889. Les places qui pourront être vacantes sont les suivantes : deux pour la médecine, une pour la chirurgie, une pour les accouchements, une pour la physique, une pour la chimie et une pour la pharmacie.

La Faculté a émis un vœu pour la création d'une deuxième place d'agrégé de pharmacie pour compléter l'enseignement de cette science.

Université de Bologne. — Le programme du huitième centenaire de l'Université de Bologne comprend des fêtes nombreuses, qui dureront cinq jours, à partir du 10 juin :

Le 10, réception solennelle des étudiants des Universités italiennes et étrangères par le Comité des étudiants bolonais.

Le 11, inauguration du monument du roi Victor-Emmanuel, en présence du roi et de la reine d'Italie.

Le 12, commémoration de la fondation de l'Université de Bologne dans la cour de l'Archigymnase ; discours du recteur et de M. Carducci ; réponse des professeurs étrangers et banquet.

Le 13, proclamation des diplômes de doctorat *ad honorem* ; discours de M. Ceneri, professeur.

Le 14, fêtes en l'honneur de Galvani.

Le roi Humbert et la reine Marguerite resteront à Bologne du 10 au 14 juin.

R. Fe.D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Cours libres. — MM. les docteurs en médecine qui seraient dans l'intention de faire un cours libre à la Faculté pendant le premier semestre de l'année scolaire 1888-1889, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'art. 10 du règlement, les demandes de cours libres, pour le premier semestre de l'année scolaire, doivent être remises au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet, en sorte que le Conseil de la Faculté et le Conseil général des Facultés puissent en délibérer avant le 1er août.

Concours pour le clinicat chirurgical. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 25 juin, à 9 heures du matin. Il sera pourvu : à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888 (le registre d'inscription sera ouvert

tous les jours de midi à trois heures). Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 33 ans au jour d'ouverture du concours.

Concours. — 1° Pour le clinicat médical; 2° pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques; 3° pour le clinicat des maladies des enfants.

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 26 juin 1888, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints; 2° pour le clinicat des maladies syphilitiques et cutanées : à la nomination d'un chef de clinique adjoint; 3° pour le clinicat des maladies des enfants : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures). Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours.

Concours pour le clinicat des maladies mentales. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 juillet 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures). Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours.

Concours pour le clinicat obstétrical. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures). Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans.

Corps de santé militaire. — Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve en 1888. — A la date du 27 mai 1888, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1888, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

230 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

211 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe.

19 médecins-majors de 2e classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

S'il y a lieu, M. le gouverneur militaire de Paris mettra à la disposition de chacun de MM. les généraux commandant les 5e, 9e et 12 corps d'armée, un médecin-major de 2e classe, appartenant à son gouvernement.

La durée du stage sera de 28 jours, dans tous les corps d'armée; l'appel devra s'opérer de telle sorte qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres d'automne.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies qu'autant que les motifs sur lesquels elles s'appuieront paraîtront nécessiter impérieusement qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront, d'ailleurs, prévenus que s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1888 ils y seront astreints l'année suivante.

PROMOTIONS

Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Selle.

1er corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Lecerf.

2e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Dauchez, chef de clinique, adj. de la Fac. de méd. de Paris, Gilles de Latourette, chef de clinique de la Fac. de méd. de Paris.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Charrin.

3e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Jarjavay, prosecteur de la Fac. de méd. de Paris.

4e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Leroux, chef de clinique de la Fac. de méd. de Paris, Coudray, chef de clinique adj. de ladite Fac., Poirier, prof. agrégé et chef des travaux anatomiques de la même Fac.

5e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Chervin, Feulard, chef adj. de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Fac. de méd. de Paris.

8e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. François.

11e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2 classe : MM. Duplaix, chef de clinique médicale de la Fac. de méd. de Paris, Queyrat, chef de clinique des maladies des enfants, Chaslin, méd. adj. à l'hospice de Bicêtre.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Villejean, pharm. aide-maj. de 2e cl., prof. agrégé de la Fac. de méd. de Paris, pharm. en chef de l'Hôtel-Dieu de ladite ville.

13e corps d'armée.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : M. Gautrelet.

14e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Dufourt, chef de clinique de la Fac. mixte de méd. et de pharm. de Lyon.

15e corps d'armée.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Dorf — Balestre, prof. agrégé près la Fac. de méd. de Montpellier — Camoin, chef de clinique obstétricale à l'éc. de méd. de Marseille.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Martin, pharm. chef des hôpitaux de Marseille.

16e corps d'armée.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Ducloux.

Corps de santé de la marine. — On été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade médecin en chef : M. le médecin principal Michel.

Au grade de médecin principal : MM. Aube — Barret.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Piton — Clavel — Guillarmeu.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Laîné (Louis-Philippe-Pierre) — Pluchon — Monmoine.

— L'Assemblée générale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine, est convoquée pour le samedi

9 juin à l'Asile Sainte-Anne (salle des cours de l'admission), à trois heures précises.

Ordre du jour :

1° Rapport de la Commission chargée de l'élaboration des statuts ;

2o Discussion du rapport et des statuts ;

3o Adoption définitive des statuts ;

4o Election d'un Comité définitif d'administration ;

5o Propositions diverses.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes*. — M. Dumontpallier commencera son cours le samedi 9 juin 1888, à neuf heures et demie, et le continuera les samedis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. Les lundis et vendredis, consultations avec examen au spéculum.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 27 MAI AU SAMEDI 2 JUIN 1888.

Fièvre typhoïde 10.—Variole 6 — Rougeole 23.— Scarlatine 6. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 37 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 174.— Autres tuberculoses 33. — Tumeurs : Cancéreuses 48. — Autres 9. — Méningite 39. — Congestion et hémorr. cérébrales 47. — Paralysie 4. — Ramollissement cérébral 15.—Maladies organiques du cœur 61.— Bronchite aiguë 23. — Bronchite chronique 27. — Broncho-pneumonie 21.— Pneumonie 44. — Gastro-entérite : Sein 21. — Biberon 44. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 26. — Suicides 19. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 159. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 955 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité des maladies des yeux, par le docteur X. Galezowski, professeur libre d'ophthalmologie à l'Ecole pratique de la Faculté de Paris. — Troisième édition, revue et augmentée. Un volume in-8o de XVI-1030 pages, avec 483 figures intercalées dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La variole et le croup à Montluçon, par le docteur P.-M. Dechaux, de Montluçon. Un vol. in-16 de 141 pages.—Prix : 2 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Tonkin, géographie médicale, hygiène, climatologie, ethnographie, anthropologie et histoire naturelle, par H. Rey, médecin en chef de la marine. Un vol. in-8 de 180 pages ; prix, 3 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Variations de la personnalité, par les docteurs H. Bourru et P. Burod, professeurs à l'Ecole de médecine de Rochefort. Un volume in-16 de 316 pages, avec 15 photogravures.—Prix : 3 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES, à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16, 17, 18 et 19.

Troisième Leçon

SOMMAIRE. — I. Des spasmes respiratoires mixtes : des baillements et des éternuements hystériques. — II. Des spasmes respiratoires compliqués : *a.* Par la production involontaire et rythmique de bruits inarticulés ; exemple de mugissement hystérique ; *b.* par des troubles de l'articulation des mots : bégaiement hystérique ; *c.* par l'émission convulsive de paroles distinctes. — III. Rapport des spasmes rythmiques respiratoires avec la maladie des tics convulsifs et le délire des aboyeurs. — IV. Résumé synthétique de l'étude des spasmes rythmiques hystériques. Tous les spasmes rythmiques hystériques appartiennent à une même famille naturelle : derrière la variabilité apparente de leurs aspects extérieurs, on trouve des caractères communs. Causes, symptômes, diagnostic, pronostic, traitement des spasmes rythmiques hystériques.

Messieurs,

Pour épuiser le programme que nous nous sommes tracés, il nous reste à étudier les spasmes respiratoires mixtes et les spasmes respiratoires compliqués.

I

Les *spasmes respiratoires mixtes* sont ceux qui intéressent à la fois les muscles inspirateurs et expirateurs. Ils donnent habituellement lieu à des phénomènes analogues au baillement ou à l'éternuement, c'est-à-dire à des phénomènes dont le mécanisme physiologique est plus complexe que ne l'est celui de la toux et du hoquet.

Le *baillement hystérique* est rare, ou, pour parler plus exactement, il est rare que le baillement soit assez violent et se répète à des intervalles assez rapprochés pour constituer un véritable accident morbide. Cela arrive pourtant quelquefois, ainsi que le prouve une curieuse observation présentée en 1846 à la Société de médecine pratique de Paris, et dont voici le résumé :

Une bonne d'enfant, âgée de 18 ans, non encore réglée, fut prise le 26 mai 1846, à onze heures du soir, d'un besoin irrésistible de bailler qui persista pendant deux heures. La nuit fut calme, mais, le lendemain, les baillements reparurent de sept à dix heures du matin, de deux à sept heures de l'après-midi et de onze heures du soir à deux heures du matin.

A partir du troisième jour, les baillements devinrent pour ainsi dire continuels, ne s'arrêtant que pendant le sommeil et pendant les repas. Le 3 septembre, plus de trois mois après le début de la maladie, ils persistaient encore avec la même fréquence. Dans le cours de ces douze semaines, ils avaient cessé une première fois du 14 au 21 juin, à la suite de l'apparition des règles, et une seconde fois, quelques jours plus tard, à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau glacée. Dans les derniers temps, la malade eut de grandes attaques hystériques qui se reproduisirent jusqu'à quatre fois par jour, mais les baillements n'en furent pas modifiés ; ils revenaient aussitôt après la fin des convulsions. Tous les moyens employés par le médecin traitant (fer, valériane, assa fœtida, éther, musc, bains froids, etc.), avaient échoué. Il est probable que la malade guérit plus tard, mais on ne sait quand ni comment (1).

L'*éternuement* est, comme le baillement, un phénomène banal et pour ainsi dire physiologique, mais susceptible de devenir un symptôme névropathique des plus incommodes quand il se répète coup sur coup un grand nombre de fois. Brodie (2), Romberg (3), MM. Féré (4) et Souza Leite (5) en ont rapporté des exemples.

J'ai donné jadis des soins à une dame, fille et sœur d'hystériques, qui n'avait jamais eu d'attaques convulsives et qui fut sujette tous les jours, pendant huit ans consécutifs, à des accès d'éternuement débutant invariablement à son réveil et durant jusqu'à une ou deux heures de l'après-midi. Ces éternuements se succédaient sans interruption pendant les cinq ou six heures que duraient les accès. Ils étaient accompagnés d'un écoulement très abondant de mucus nasal. Aucun traitement ne parvint à empêcher ni même à atténuer les accès, qui disparurent tout à coup en 1883 à la suite d'un seul bain sulfureux pris à Cauterets (6).

(1) Courserant. GAZETTE DES HÔPITAUX, 1846, p. 475.

(2) Brodie. *Leçons sur les affections nerveuses locales*, trad. Douglas-Aigre. Paris, 1880, p. 42.

(3) Romberg. LEHRBUCH DER NERVENKRANKHEITEN. Berlin, 1851, t. II, p. 88.

(4) *Les éternuements névropathiques*. PROGRÈS MÉDICAL, 21 janvier 1885, p. 69

(5) Souza-Leite. *Cas d'hystérie dans lequel les attaques sont marquées par une manifestation rare : éternuements*. ARCHIVES DE NEUROLOGIE, t. IX, 1885, p. 53.

(6) Cinq mois après, la malade eut un accès de lypémanie aiguë dans le cours duquel elle succomba.

Les éternuements hystériques surviennent en général sous forme d'accès d'une durée variable de quelques minutes à plusieurs heures. Quelquefois ils sont accompagnés, comme dans le cas que je viens de vous citer, d'une abondante sécrétion de mucus nasal; d'autres fois ils sont secs, comme dans l'observation publiée par M. Souza-Leite. Dans tous les cas, ils se répètent précipitamment, trente ou quarante fois par minute. M. Féré signale une observation de Mosler, dans laquelle on aurait pu compter jusqu'à 50,000 éternuements en trois jours.

Le rire hystérique est très commun. Il se produit habituellement par accès, soit avant les attaques convulsives, soit dans leurs intervalles. Je ne fais que le signaler ici, quoiqu'il représente une forme des spasmes rythmiques hystériques, parce qu'il a été fort bien décrit par les auteurs et que je n'ai rien à ajouter à ce qu'en a dit Briquet dans le livre duquel vous en trouverez quelques exemples très remarquables (1).

II

Les *spasmes respiratoires compliqués* sont ceux qui, intéressant à la fois les muscles de la respiration et ceux de la phonation, forcent les malades à produire rythmiquement et malgré leur volonté, des bruits inarticulés, ou à répéter certaines syllabes, ou enfin, à prononcer convulsivement des paroles distinctes. Chacune de ces variétés mérite de fixer quelques instants notre attention.

a. Des spasmes respiratoires compliqués par la production involontaire et rythmique de bruits anormaux inarticulés.

Les bruits qui peuvent accompagner les spasmes rythmiques respiratoires sont très variés. On les a comparés dans certains cas, et non sans raison, aux aboiements des chiens, aux miaulements des chats, aux mugissements des taureaux, aux hurlements des fauves, aux bêlements des moutons, aux roucoulements des tourterelles, aux gloussements des dindons, etc., etc.

Leur étrangeté, leur ressemblance non douteuse avec les cris des animaux précités, leur répétition monotone et involontaire pendant des laps de temps relativement fort prolongés, leur apparition éventuelle sous la forme d'épidémies, ont largement contribué à répandre dans les populations superstitieuses la croyance à la possession démoniaque et aux loups-garous.

On rencontre des exemples de ces spasmes rythmiques dans les livres les plus reculés. Sans remonter jusqu'à l'histoire des trois filles de Pétrus, roi d'Argos et contemporain de Moïse, qui, croyant être transformées en vaches, quittèrent leur demeure et se répandirent dans les bois en poussant de longs mugissements, on en trouve des observations précises dans les narrations des grandes épidémies hystériques du moyen âge. Les moinesses de Cambrai, au XVᵉ siècle, imitaient les miaulements des chats; les nonnains d'Allemagne et les possédées de la commune d'Amon, près de Dax, en 1613, aboyaient, au dire de Pierre de Lancre « comme font les chiens lorsque la lune est dans son plein » (2).

En réalité, ces accidents d'apparence si extraordinaire sont des manifestations vulgaires de l'hystérie. Ils surviennent d'ordinaire sous l'influence des mêmes causes et ils comportent le même pronostic que les autres spasmes rythmiques hystériques. Plus on les étudie, plus on arrive à reconnaître non seulement qu'il n'y a rien de merveilleux dans leur genèse, mais encore qu'ils obéissent avec une remarquable régularité aux lois générales présidant au développement de la plupart des épisodes symptomatiques de la grande névrose.

Pour vous convaincre de cette vérité, je me contenterai de vous rappeler les détails de l'observation d'une jeune fille qui a été traitée l'an dernier dans le service pour un *mugissement hystérique.*

Alice Br..., âgée de 25 ans, appartient à une famille fort honorable, jouissant naguère d'une véritable aisance, et que des malheurs immérités ont plongée récemment dans l'infortune.

Son père et sa mère ont un caractère doux et jouissent d'une bonne santé. Une de ses tantes maternelles a, depuis l'âge de 38 ans, une affection nerveuse caractérisée par des attaques d'aboiement survenant à des intervalles irréguliers et le plus souvent à la suite de contrariétés ou d'émotions morales.

Alice a fait son éducation dans sa famille avec des professeurs particuliers. Son enfance n'a pas été maladive. A 10 ans, elle a eu cependant une fièvre typhoïde grave dont la convalescence a été fort longue. A 22 ans, elle a été traitée pendant quelques mois pour de l'anémie. C'est à cette époque que, par suite de pertes d'argent, la situation de sa famille est devenue tout à fait précaire, à tel point que, pour assurer son existence, elle a dû solliciter un emploi dans l'administration des postes.

Sur ces entrefaites, son frère, qu'elle aimait beaucoup et qui était alors âgé de 18 ans, commença à présenter les symptômes alarmants d'une maladie de poitrine. Elle en fut désespérée, et le chagrin venant s'ajouter aux préoccupations matérielles, elle devint aussi triste et morose qu'elle avait été autrefois gaie et expansive.

Le 13 juillet 1884, Alice Br... dinait à la campagne, chez ses parents, lorsque, sans que personne s'y attendit, on tira dans le voisinage un coup de canon pour annoncer la fête du lendemain. Epouvantée par ce bruit imprévu, elle poussa un cri et, aussitôt après, elle commença à pousser involontairement à chaque inspiration une sorte de mugissement qui se prolongea depuis six heures du soir jusqu'à cinq heures du matin. A partir de ce moment, sous l'influence des causes les plus futiles, des émotions les plus légères, ce mugissement se reproduisait et durait pendant plusieurs heures consécutives; cependant les accès étaient irréguliers et ne survenaient guère qu'une ou deux fois par semaine.

Au mois de décembre, Alice fut profondément affligée par la mort de son frère; dès lors, les accès devinrent beaucoup plus fréquents, et pendant l'année 1885 il y en eut plusieurs chaque jour, malgré les traitements variés qui furent mis en usage : bromures, chloral, vésicatoires sur le creux épigastrique, pulvérisations d'éther sur l'épigastre et la colonne vertébrale, applications de drap mouillé, régime lacté, etc.

La malade entra dans notre service au mois d'octobre, où nous pûmes l'observer tout à loisir jusqu'au moment de sa guérison, c'est-à-dire jusqu'au mois de février 1886.

Les accès de mugissement survenaient à toute heure du jour ou de la nuit, mais seulement quand la malade était éveillée. Ils étaient habituellement provoqués ou bien par l'ingestion des aliments ou bien par un souvenir triste. Quand ils éclataient la nuit, c'était d'ordinaire à la suite d'un rêve pénible, d'un cauchemar, qui avaient réveillé la malade en sursaut. Ils débutaient brusquement aussi bien quand la malade était couchée que quand elle était assise ou debout; cependant, ils n'ont jamais éclaté pendant la marche. Ils étaient caractérisés par une succession régulière et monotone de spasmes inspiratoires accompagnés d'un bruit guttural fort et pro-

(1) Briquet. *Traité de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 322.

(2) Voyez Calmeil. *De la folie*, etc., 1845, t. I, p. 503, et Briquet. *Traité de l'hystérie*, p. 317.

longé ressemblant au mugissement du taureau. Les inspirations bruyantes duraient chacune de deux à trois secondes; elles étaient suivies d'expirations rapides entrecoupées par des éructations qui amenaient l'expulsion de petites gorgées de gaz, d'aliments ou de liquides glaireux; jamais il n'y avait des vomissements en masse. Le creux épigastrique était pendant ce temps distendu et douloureux à la pression. Chaque accès durait de un quart d'heure à deux heures. Il se terminait tout à coup soit spontanément, soit par suite de l'ingestion d'un verre d'eau très froide ou de l'application sur le creux épigastrique d'une compresse trempée dans l'eau froide.

Après l'accès, la malade éprouvait une sensation de lassitude générale très marquée; elle était accablée de fatigue et ne pouvait marcher qu'après avoir pris un peu de repos. Nous avons vainement cherché à arrêter ces accès par la compression des ovaires, de l'épigastre, de la colonne vertébrale, des creux sus-claviculaires, etc. Les changements d'attitude du corps, les distractions, n'avaient sur leur durée aucune influence manifeste. La marche elle-même n'en abrégeait pas la durée, bien que, comme je vous le disais il y a un instant, elle parût empêcher leur explosion, puisque jamais aucun accès n'a débuté pendant que la malade marchait.

En dehors de ces accidents spasmodiques, Alice était bien portante. Son intelligence et sa mémoire étaient parfaitement conservées; sa motilité était intacte; elle n'avait jamais d'attaques convulsives; sa sensibilité cutanée était normale et nous ne pûmes trouver chez elle d'autres stigmates de l'hystérie qu'un rétrécissement concentrique très marqué des champs visuels.

Il est à peine besoin d'ajouter que la palpation du ventre, dans les intervalles des accès et l'exploration régulière du cœur et des poumons, ne permettaient de découvrir aucune altération organique appréciable des grands viscères thoraciques ou abdominaux.

Dès le jour de son entrée à l'hôpital, la malade fut soumise à un traitement hydrothérapique régulier. En outre, on lui fit des applications de courants faradiques sur le creux épigastrique aussitôt après les repas, et quelques lavages de l'estomac avant l'ingestion des aliments. L'amélioration fut rapide et le mugissement ne s'était pas produit depuis plusieurs semaines quand Alice quitta le service, le 10 janvier 1886. Mais tout le bénéfice de nos efforts faillit être perdu par suite de deux émotions morales qu'il n'est pas inutile de signaler. Le 4 février, la sœur de notre malade eut pour un motif futile, un petit évanouissement. Alice, effrayée par cet incident, fut reprise sur-le-champ d'un accès de mugissement qui dura vingt minutes. La semaine suivante, elle voulut aller visiter la tombe de son frère et eut au cimetière un second accès d'une durée à peu près égale. Depuis lors, elle se porte tout à fait bien.

J'ai tenu, messieurs, à vous donner tous les détails de cette observation, parce qu'ils me paraissent fort instructifs.

Il s'agit dans l'espèce d'une hystérique sans attaques convulsives et presque sans stigmates sensitivo-sensoriels, mais ayant une tante maternelle névropathe, sujette à des attaques de spasmes rythmiques respiratoires (aboiements). A la suite d'émotions morales dépressives, de chagrins de toutes sortes, elle devient triste, morose, et une frayeur violente arrivant sur ces entrefaites détermine un premier accès de mugissement qui se reproduit ensuite pendant des mois sous l'influence des causes les plus légères.

N'est-ce pas là le fond de l'histoire de toutes les malades atteintes de spasmes rythmiques qui ont passé sous vos yeux, et ne se dégage-t-il pas clairement de la comparaison de tous ces faits cette impression générale que des lois fixes et invariables président au développement de tous les spasmes rythmiques hystériques, aussi bien des plus simples que des plus compliqués?

b. Des spasmes respiratoires compliqués de troubles de l'articulation des mots.

La phonation peut être intéressée de diverses façons par les spasmes respiratoires. Dans certains cas, elle est simplement gênée par des soubresauts musculaires survenant à l'improviste aussitôt que les malades veulent parler.

J'en ai vu récemment un exemple curieux chez une dame de 52 ans qui, après avoir eu dans sa jeunesse des accidents hystériques non douteux, jouissait d'une excellente santé, lorsque le hasard la fit assister à la mort subite d'une personne de sa maison. Elle fut prise aussitôt d'un spasme inspiratoire tout à fait singulier. Quand elle restait silencieuse, sa respiration était régulière; mais, aussitôt qu'elle se disposait à parler, ses muscles inspirateurs étaient pris de secousses convulsives qui lui coupaient la parole. Il lui était impossible de prononcer une phrase; à peine pouvait-elle dire précipitamment et à voix basse quelques mots entrecoupés et difficilement intelligibles. Ce spasme a persisté pendant trois ans et a fini par guérir en s'atténuant progressivement.

Dans d'autres cas, le spasme se traduit par la production d'un véritable bégaiement obligeant les malades à répéter malgré leur volonté certaines syllabes. Trousseau en rapporte un exemple très net. Il s'agit d'une hystérique qui, à la suite d'une peur, fut prise de convulsions saccadées des quatre membres, accompagnées « d'une sorte de bégaiement singulier consistant en ce qu'elle répétait avec une volubilité extraordinaire et pendant un temps assez long, sans s'arrêter, les dernières syllabes des mots qu'elle essayait de prononcer; les premières syllabes étaient émises avec peine. Fait remarquable, lorsqu'elle chantait, ce bégaiement ne se produisait pas, et alors rien ne pouvait faire soupçonner une modification de la parole » (1).

c. Des spasmes respiratoires compliqués de l'émission involontaire des paroles nettement articulées.

L'émission involontaire de paroles nettement articulées est un phénomène peu commun dans les spasmes respiratoires d'origine hystérique. Il en existe cependant quelques exemples. Dans le cours d'un intéressant mémoire sur les convulsions rythmiques, Paget rapporte deux observations qui paraissent appartenir à cette catégorie de faits. La première est empruntée à Bright et a pour objet une jeune femme de 18 ans, qui répétait incessamment le mot: hélas! hélas! à des intervalles réguliers de trois secondes: l'affection s'était développée à la suite d'une émotion morale et durait depuis dix mois.

La seconde appartient à Abercrombie; c'est l'histoire d'une jeune dame qui, en outre de symptômes ressemblant à ceux de la chorée, avait des paroxysmes pendant lesquels elle prononçait involontairement le mot: Echum! Echum! avec une grande rapidité. L'intelligence était intacte, et la malade n'avait sur cette affection d'autre pouvoir que celui de changer le mot lorsqu'on le lui demandait et d'y substituer tel autre mot que l'on voulait (2).

M. Galvagni a publié une observation du même genre, ac-

(1) Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 3 édit., 1868, t. II, p. 261.

(2) Paget. *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques*, suivies de quelques remarques. (Edinburg med. and Surg. Journal, 1847. — Traduit *in* Arch. génér. de méd., 1847).

compagnée de détails plus circonstanciés. Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans, fille d'hystérique et douée elle-même d'un tempérament très nerveux, qui fut prise d'une aphonie subite. Deux jours après, elle commença à prononcer avec un bruit sibilant prolongé et rauque le mot « tea ». Au début, le spasme survenait seulement toutes les deux ou trois minutes, mais peu à peu il devint plus fréquent, jusqu'à se produire à toutes les expirations. Il cessait complètement pendant le sommeil. Cet accident singulier résista pendant dix-huit mois à tous les traitements et cessa tout à coup définitivement, à la suite d'un simple toucher vaginal (1).

(A suivre.)

(1) Ercole Galvagni. *Sui spasmi ritmici localizzati*. Bologna, 1880.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Eczéma en genouillère du membre inférieur gauche consécutif a un choc, par M. G. Variot.

M. X..., homme de lettres, âgé de 46 ans, présente la plupart des attributs de l'arthritisme. Il est légèrement obèse. Pendant plusieurs années, il s'est rendu à Vichy pour soigner une glycosurie intermittente. Anciennement, il a été traité par M. Letiévant (de Lyon) pour des poussées assez tenaces d'eczéma aux jambes.

A la suite de travaux intellectuels excessifs, d'une alimentation irrégulière pour les heures des repas et peut-être trop copieuse et trop succulente, M. X... a été atteint d'accidents vertigineux pour lesquels il a consulté le professeur Hayem, qui constata une ectasie gastrique. Le régime qui lui fut conseillé avait pour base : le lait, la viande crue, l'acide chlorhydrique en solution étendue après les repas.

Au milieu du mois de mai, M. X..., qui suivait très exactement et avec profit le régime prescrit, fut pris de coliques violentes, avec selles fréquentes, liquides et même sanglantes. Ces phénomènes d'entérite dysentériforme avaient éclaté sans cause appréciable.

Je notai à ce moment que la langue était saburrale, l'haleine très fétide, le pouls vif, la peau chaude ; l'état vertigineux persistait même au lit. Tout l'abdomen était sensible à la pression et un peu météorisé. Je conseillai la diète, des lavements astringents laudanisés et des cataplasmes sur le ventre.

Au bout de trois jours, cet orage intestinal était dissipé ; M. X. . pouvait se lever et reprenait son régime et ses occupations.

Le 21 mai, M. X... se frappa violemment le genou gauche contre l'angle d'un meuble.

La douleur fut extrême au niveau de la rotule ; cette douleur persista près d'une heure. Néanmoins, le 22 mai, M. X... put faire une assez longue course à pied ; ce ne fut que le soir qu'il ressentit une gêne dans le genou et qu'il remarqua du gonflement. Je fus appelé le 23 mai.

Toute la région du genou gauche est tuméfiée et déformée, aussi bien en avant qu'en arrière, dans le creux poplité.

Aucune écorchure, aucune ecchymose. Je crus d'abord, à une inspection superficielle, être en présence d'une hydarthrose. J'éloignai bien vite cette idée, car il n'existait pas le moindre choc rotulien et la jambe était fléchie facilement sur la cuisse.

Mais les mouvements déterminaient une sensation de tension assez pénible dans la peau. La peau de toute cette région était légèrement rosée, dure, comme épaissie et œdémateuse, bien que l'empreinte du doigt ne restât pas marquée. En examinant de près, j'aperçus de petites élevures papuleuses et quelques vésicules très petites qui apparaissaient sur le fond rosé.

Le lendemain, 24 mai, cette plaque circulaire d'eczéma était parfaitement caractérisée. Elle descendait au-dessous de la rotule de quatre travers de doigt environ, remontait au-dessus du genou, sur la cuisse dans une égale étendue et occupait aussi les côtés du genou et le creux poplité, ayant la même hauteur qu'en avant.

La teinte de cette *genouillère* eczémateuse était d'un rouge vif ; elle offrait un peu l'aspect d'une brûlure au second degré ou d'une empreinte de vésicatoire. En effet, à la surface de cette peau, un grand nombre de vésicules pleines de sérosité transparente se détachaient. Dans plusieurs endroits, le soulèvement de l'épiderme se faisait sous forme de petites phlyctènes. Les bords de la plaque tranchaient nettement en haut et en bas, sur la peau saine, formant presque bourrelet.

Du rebord inférieur partent deux traînées rouges qui descendent sur la peau du mollet, comme des traînées de lymphangite.

La tuméfaction de la peau, dans toute la région eczémateuse, est très notable. Cette tuméfaction occupe même les régions saines ; le mollet et la cuisse gauches sont œdématiés. A la face interne du genou droit, légère efflorescence de la peau, rougeur peu intense, sans gonflement ni vésicules ; quelques papules sur cette plaque érythémateuse plutôt qu'eczémateuse. Sur la face dorsale du poignet gauche, efflorescence semblable et limitée.

M. X... ne se plaint que de cuisson et d'un prurit intense. Pas de réaction fébrile ; l'appétit est conservé. Je prescris des badigeonnages à la glycérine cocaïnée, des cataplasmes de fécule refroidie en permanence, de grands bains d'amidon tièdes, un verre d'eau purgative tous les matins.

Sous l'influence de ce traitement et du repos, cette poussée eczémateuse s'amende rapidement.

La rougeur et le gonflement diminuent ; les vésicules et les phlyctènes se sont rompues ; l'épiderme se desquame. Le 30 mai, le gonflement de tout le membre inférieur gauche a disparu ; la rougeur de la plaque eczémateuse est très atténuée.

Les efflorescences érythémateuses des autres régions ne sont plus apparentes.

Le 1er juin, je prescris une pommade à l'oxyde de zinc, et M. X... peut sortir et marcher. Le prurit et le gonflement ont cédé ; l'éruption est en voie de desquamation.

Réflexions. — Il n'est pas douteux que M. X... ne soit prédisposé aux manifestations eczémateuses par sa constitution arthritique et sa dyspepsie. L'éruption dont il a été soigné par M. Letiévant le prouve.

Mais, la cause déterminante de son eczéma aigu, bien circonscrit du genou gauche, ne peut être cherchée ailleurs que dans une percussion violente de la peau de la région prérotulienne.

M. X... est un homme d'une intelligence fort distinguée ; il s'observe beaucoup, et il n'y a aucune raison de suspecter la sincérité des renseignements très précis qu'il donne sur le début de sa maladie.

Donc, un choc violent de la peau, sans aucune solution de continuité, sans ecchymose même, peut, dans les conditions que nous avons indiquées, produire une poussée eczémateuse circonscrite. Ce mode d'irritation de la peau tout à fait spécial, différant complètement des irritations artificielles ou professionnelles ordinaires, doit fixer l'attention.

L'interprétation qui se présente spontanément à l'esprit, pour expliquer une réaction éruptive aussi rapide et aussi vive, après un traumatisme relativement léger, puisqu'il n'a pas laissé de traces, c'est une irritation nerveuse, peut-être une névrite circonscrite des rameaux nerveux cutanés.

Les éruptions multiformes, sous la dépendance des névrites périphériques, sont extrêmement fréquentes, on le sait.

Peut-être l'irritation nerveuse produite par le traumatisme, dans ce cas particulier, n'est-elle qu'un trouble purement dynamique. Le goutteux peut voir réapparaître ses fluxions articulaires sous l'influence de traumatismes variés? De même l'arthritique ne peut-il pas faire une décharge eczémateuse après un choc violent de la peau?

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LES RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA SYPHILIS, par le docteur EMMANUEL RÉGIS.

Suite. — Voir le numéro précédent.

3° *Caractères de la paralysie générale chez les syphilitiques.*

Tant qu'on a cru que la syphilis ne produisait que des pseudo-paralysies générales, ou tout au moins des paralysies générales spéciales, spécifiques, si l'on peut ainsi parler, on s'est évertué à chercher entre ces paralysies générales et la paralysie générale classique des différences de toutes sortes, différences d'origine, de symptômes, d'évolution, de lésions, de gravité. Aujourd'hui, s'il est prouvé que la syphilis constitue l'antécédent habituel de toutes les paralysies générales, cette recherche n'a guère plus sa raison d'être.

Il convient toutefois de signaler quelques particularités qui ne sont pas sans intérêt.

Ainsi, en premier lieu, on ne s'est pas assez préoccupé de certains phénomènes qui précèdent parfois de plus ou moins loin l'apparition de la paralysie générale, et qui doivent être rattachés, à mon sens, à la diathèse syphilitique.

Les principaux de ces phénomènes consistent en des troubles nerveux variés, réalisant parfois l'ensemble symptomatique du tabes ou de l'irritation spinale, si bien que les malades peuvent être considérés et traités tout d'abord comme de purs médullaires. L'accident le plus fréquent, à ce point de vue, est la paralysie des muscles de l'œil, en particulier la paralysie de la troisième paire, d'où résultent, suivant les cas, la diplopie, le strabisme, le ptosis, etc.

M. Christian a déjà rapporté en 1883 plusieurs faits de ce genre, et j'en ai, pour ma part, comme bien d'autres sans doute, observé coup sur coup une dizaine au moins dans ces dernières années. Particularité intéressante, presque tous mes malades avaient été vus par des médecins oculistes antérieurement, au début de leur paralysie générale, et chez aucun d'eux on n'avait constaté, à ce moment, d'autre trouble morbide que celui de la vision (1). Ces phénomènes prémonitoires ont donc une importance réelle, car, ainsi que je le disais dans un travail antérieur « ils semblent établir une relation entre les accidents spécifiques et les accidents paralytiques et, en tout cas, ils peuvent mettre en garde chez les syphilitiques, contre l'évolution ultérieure de la paralysie générale (*Un cas de paralysie générale à l'âge de 17 ans.* L'ENCÉPHALE, 1885).

Le numéro de janvier 1888 des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES contient à ce sujet une nouvelle et intéressante communication de M. Christian à la Société médico-psychologique de Paris (séance du 27 novembre 1887). M. Christian y insiste sur l'importance de l'apparition de ces phénomènes à la période *pré-délirante, prodromique* — on pourrait aussi dire *pré-paralytique*, puisqu'il s'agissait d'en faire le pendant de la période *pré-ataxique* du tabes — de la paralysie générale. Sur ce point, je suis tout à fait de l'avis de M. Christian. Mais, où je ne saurais partager son opinion, c'est lorsqu'il déclare qu'il ne s'agit pas là d'*accidents syphilitiques*, malgré leurs caractères cliniques et malgré la nature du traitement dont ils sont habituellement l'objet. Je crois au contraire, ainsi qu'on l'a vu plus haut, que ce sont dans l'espèce des manifestations de la diathèse syphilitique qui constituent comme les avant-coureurs de la lésion définitive.

Un second fait à signaler, c'est l'absence habituelle des stigmates grossiers, extérieurs de la diathèse chez les paralytiques généraux syphilitiques, et c'est encore là une des raisons qui contribuent à rendre des plus difficiles la recherche de l'infection, lorsqu'elle est ignorée. Il y aurait peut-être quelque chose de surprenant dans cette absence quelquefois complète de manifestations spécifiques, si l'on ne réfléchissait qu'il en est ainsi chez bien des sujets et que, d'autre part, lorsque survient la méningo-encéphalite, tout l'effort de la diathèse semble se porter sur les centres nerveux. D'ailleurs, en y regardant de près, l'absence de signes n'est pas aussi absolue qu'elle paraît au premier abord. Beaucoup de malades portent le masque de vieux syphilitiques, qu'il est facile de reconnaître avec un peu d'habitude. Beaucoup aussi sont sujets, dans le cours de la maladie, mais surtout au début, pendant leurs accès d'agitation maniaque, à des accidents variés, tels que : furoncles, abcès, plaies, arthrites, monoplégies, chute des ongles, etc., etc. Ces accidents présentent tous les caractères des manifestations diathésiques; ils surviennent sans cause connue ou sous l'influence de la moindre cause. Ils ne donnent lieu à aucune réaction inflammatoire bien manifeste; enfin ils guérissent avec la plus grande facilité, déterminant, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'une suppuration prolongée, une dérivation favorable.

Au point de vue de la symptomatologie, même de la paralysie générale, je ne crois pas qu'il y ait ici rien de bien spécial, ni dans l'ordre physique, ni dans l'ordre intellectuel. Peut-être la démence est-elle moins rapide et moins profonde dans certains cas de syphilis bien avérée que dans la majorité des autres; peut-être aussi le délire est-il plus mobile et plus

(1) Je trouve encore une remarque à peu près analogue dans un autre travail du docteur Savage (Congrès international de Washington, septembre 1887) : « J'ai observé dans plusieurs cas du ptosis, du strabisme externe et de la dilatation pupillaire chez des hommes qui avaient eu la syphilis de cinq à vingt ans auparavant et qui ne s'en préoccupaient plus guère. Alarmés par ce fait, ils se rendaient chez un oculiste qui, reconnaissant les symptômes spécifiques, les traitaient généralement par la médication mercurielle, et tous les symptômes disparaissaient. »

souvent mixte, c'est-à-dire mélangé d'hypochondrie et de mégalomanie qu'il ne l'est habituellement; mais ces phénomènes sont trop variables d'un malade à l'autre, et souvent aussi chez le même malade, pour qu'on puisse fonder rien de précis à cet égard.

Du côté de l'évolution, on trouverait peut-être quelque chose de plus positif. Il semble en effet que les temps d'arrêt, la longue durée, les rémissions, les accès à double forme, se rencontrent plus fréquemment chez les paralytiques généraux manifestement connus comme syphilitiques. Mais, ici encore, il ne faut pas oublier que la syphilis n'est pas la seule cause à intervenir et qu'un autre élément, l'hérédité, l'hérédité vésanique surtout, paraît jouer le rôle prépondérant.

L'anatomie pathologique n'a pas non plus fourni de données bien nettes, et on en est encore à trouver des lésions spéciales chez les paralytiques généraux syphilitiques. J'ai, pour ma part, une dizaine de cas de paralysie générale chez des syphilisés dans lesquels l'autopsie, soigneusement pratiquée au laboratoire de la clinique de Sainte-Anne, n'a révélé absolument que les lésions ordinaires de la paralysie générale. Mendel pense pour expliquer le fait, et certains auteurs avec lui, que la syphilis ne produit pas directement l'encéphalite interstitielle. A l'instar d'autres causes (nicotine, alcool, mercure, etc.), elle aurait pour effet d'altérer les vaisseaux encéphaliques dont les parois sont rendues ainsi plus perméable; vient ensuite une influence occasionnelle quelconque: chagrin, préoccupation, émotion; il se produit une hyperémie active, d'où passage des globules sanguins à travers les parois, point de départ de l'inflammation du tissu interstitiel. Cette explication est contestée par d'autres savants, et notamment par Westphal, qui rappelle ce que Mendel n'a jamais nié d'ailleurs, qu'il n'existe pas de critérium permettant de reconnaître les altérations syphilitiques des vaisseaux. En somme, je le répète, l'anatomie pathologique ne nous a encore rien appris de précis sur le véritable rôle que joue la syphilis dans les lésions de la paralysie générale.

Quant au traitement, dont on avait voulu tout d'abord faire la pierre de touche du diagnostic, et que les partisans de l'origine syphilitique de la paralysie générale préconisaient comme conséquence logique de leur opinion, il faut avouer de bonne foi que, dans la majorité des cas, il ne produit rien ou presque rien en fait d'amélioration. Quelquefois même, il est mal toléré par les malades, dont il aggrave l'état général. Cela semble en contradiction avec ce qu'on sait de la curabilité relativement fréquente des accidents syphilitiques, même tertiaires, par le traitement spécifique. Aussi s'est-on surtout appuyé sur ce fait pour nier le rôle de la syphilis comme agent de production de la paralysie générale.

Mendel estime, lui, qu'il n'est pas étonnant, si son opinion sur le processus pathogénique de la paralysie générale est fondée, de voir le traitement spécifique rester sans résultat dans cette maladie. Il ne s'agit plus, en effet, d'une altération syphilitique, mais d'une inflammation simple résultant en partie de l'altération syphilitique des vaisseaux encéphaliques.

Cette explication peut être vraie. Je crois surtout, pour ma part, que la curabilité des accidents syphilitiques est tout à fait relative. Il n'est pas contestable, certes, que les manifestations grossières, extérieures de la diathèse, dont je parlais tout à l'heure, ne soient d'habitude facilement justiciables d'un traitement spécifique. Mais il n'est pas moins certain que l'action de ce traitement est loin d'être toujours aussi efficace et que certaines lésions, en particulier les lésions profondes du système nerveux, lui résistent d'une façon à peu près absolue. Est-il donc si étonnant que la paralysie générale, qui représente cliniquement la phase ultime d'une déchéance physique et morale lentement préparée pendant des années et qui, anatomiquement, constitue une des lésions les plus graves et les plus étendues du cerveau, reste presque toujours au-dessus d'un traitement d'une efficacité en somme douteuse et qui, la plupart du temps, a déjà épuisé son action dans les périodes antérieures?

Pour moi, je ne vois rien là qui puisse surprendre. Que de lésions syphilitiques, et en particulier de lésions du système nerveux pourrait-on citer qui sont dans le même cas! Est-ce que, par exemple, le traitement spécifique guérit les scléroses organiques de la moelle et parmi elles le tabes qui, au point de vue de ses rapports avec la syphilis, est certainement la maladie qui se rapproche le plus de la paralysie générale? La clinique répond malheureusement pour nous.

Il me paraît donc probable que si le traitement spécifique n'améliore pas habituellement la paralysie générale, même lorsqu'il y a syphilis antérieure bien confirmée, ce n'est pas parce que la syphilis n'a vraisemblablement joué aucun rôle dans l'étiologie de la paralysie générale, mais plutôt parce que les lésions de cette dernière, quelle qu'en soit l'origine, représentent des altérations de tissu au-dessus de l'action de ce traitement.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire de la chorée chronique.

I. SUR LA CHORÉE CHRONIQUE PROGRESSIVE (CHORÉE DE HUNTINGTON, CHORÉE HÉRÉDITAIRE), par le docteur J. HOFFMANN, assistant du professeur ERB (*Virchow's Archiv*, t. CXI, fasc. 3, p. 513, 1887). — II. SUR LA CHORÉE HÉRÉDITAIRE DES ADULTES (CHORÉE DE HUNTINGTON), par le docteur A. HUBER (*Ibidem*, t. CVIII, fasc. 2, p. 267, 1887). — III. SUR UN CAS DE CHORÉE HÉRÉDITAIRE DE L'ADULTE, par le docteur ZACHER (*Neurologisches Centralblatt*, 1888, n° 2, p. 33)

I. M. HOFFMANN rappelle que déjà G. Sée avait mentionné, dans son mémoire bien connu, des cas de chorée chronique; que vingt ans plus tard Sanders (*Archiv für Psychiatrie*, t. II, p. 226) a relaté de nouveaux exemples de cette forme chronique de la chorée, en signalant avec une assez grande rigueur les caractères qui distinguent cette affection de la chorée vulgaire; qu'Huntington enfin a donné, en 1872 (*Philadelphia medic. and surgical Report*, no 15), une description détaillée de la chorée chronique, en faisant ressortir le rôle prédominant qui revient à l'hérédité morbide dans l'étiologie de cette affection. Toutefois, l'auteur américain avait avancé que jamais celle ci ne débute dans l'enfance, assertion inexacte, ainsi que le démontrent des faits dont il sera question plus loin. Depuis lors, Ewald (*Zeitschrift für klin. Medicin.*, t. VIII, supplément, p. 51, 188), CL. KING (*New-York medic. Journal*, t. XLI, p. 468) et Peretti (*Berliner klin. Wochenschrift* 1885, nos 50 et 51) (1), ont publié de nouvelles observa-

(1) Voir aussi MACLEOD: *Cases of Choreis convulsions*, etc.

tions qui rentrent dans les cadres de la maladie décrite par Huntington. A cette liste viennent s'ajouter les faits dont l'indication figure en tête de cette revue, et dont je vais rendre compte ; il s'agit en somme d'une affection aussi curieuse que rare.

M. Hoffmann relate une première série de trois observations qui se rapportent à un même groupe familial ; dans la famille en question, l'existence de la chorée chronique a pu être poursuivie à travers trois générations, et il y avait des raisons de supposer que le mal sévissait déjà sur la quatrième génération descendante. Chez plusieurs membres de cette famille, la maladie s'est déclarée dans l'enfance ; chez la plupart, les premiers symptômes se sont montrés à l'âge mûr ; chez quelques-uns, entre 45 et 50 ans. L'auteur a publié dans son mémoire l'arbre généalogique de cette famille de choréiques.

Je passe sur les détails des observations relatées par M. Hoffmann, pour m'en tenir aux principaux traits du tableau d'ensemble que donne l'auteur de la chorée chronique : A ses débuts, la maladie revêt les allures de la chorée classique, mais elle évolue avec lenteur et n'atteint son apogée qu'au bout de plusieurs années. Contrairement à ce qui a lieu pour la *chorea minor*, l'évolution de la chorée chronique est essentiellement progressive ; les accidents vont en augmentant d'intensité. Tôt ou tard, il s'y ajoute des troubles psychiques (les observations d'Ewald font exception à cette règle). Ces troubles se traduisent par de l'irascibilité, de l'affaiblissement de la mémoire, des accès de manie ; à une période avancée de la maladie, il peut se développer un état de démence complet. Avec cela, on note l'intégrité des sens spéciaux et de la sensibilité générale, des fonctions des sphincters, de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles, des réflexes cutanés, du fonctionnement du cœur. Les réflexes tendineux peuvent être exagérés.

Le désordre des mouvements présente tous les caractères qu'on lui trouve dans la chorée commune. Le plus souvent, les mouvements désordonnés se montrent en premier lieu à la face et sont signalés par l'entourage sous le nom de grimacements. Puis l'agitation gagne les membres ; souvent elle est plus prononcée dans une moitié du corps que dans l'autre. Il est habituel qu'elle présente une intensité variable dans différents groupes de muscles. Les contractions désordonnées peuvent intéresser un muscle en totalité ou seulement quelques faisceaux d'un même muscle. Tous les muscles dont le jeu est soumis à l'influence de la volonté peuvent participer à l'agitation choréique. Il n'y a pas de rapport fixe à établir entre l'intensité de cette dernière et le degré des troubles phychiques. A la longue, la maladie entraîne un affaiblissement général de l'appareil moteur. Il n'est pas possible de décider, d'après les fais connus jusqu'à ce jour, si cet affaiblissement peut dégénérer en paralysie motrice proprement dite. *Pendant le sommeil, l'agitation choréique cesse chez la plupart des malades* ; tontefois, comme pour la chorée vulgaire, il y a des exceptions à cette règle. D'autre part, *les mouvements choréiques cessent momentanément lorsque les malades exécutent des mouvements intentionnels*. L'écriture est hachée, irrégulière.

Une autre observation de chorée chronique, relatée par l'auteur, concerne un malade dont la mère et deux sœurs sont devenues épileptiques à un âge relativement avancé (39, 29 et 26 ans). Le malade lui-même est devenu sujet aux attaques d'épilepsie quelques années après le début de son affection choréique qui avait envahi successivement la face, les membres, le tronc, le diaphragme et les muscles du larynx. Aucun autre membre de la famille n'avait présenté de troubles choréiques. Autre particularité à noter, les troubles intellectuels faisaient défaut chez ce malade. Il en était de même chez les malades d'Ewald. Le patient avait fait autrefois l'objet d'une présentation de la part de Friedreich, qui s'était demandé s'il n'y avait pas en jeu une lésion de la moelle allongée (cysticerque). Il est vrai qu'à cette époque, les troubles choréiques étaient limités à la face. Le professeur Erb a vu, dans ce cas, un exemple de chorée chronique. M. Hoffmann a développé les raisons qui le portent à admettre, dans le cas de ce malade, un rapport de filiation entre l'épilepsie chez la mère et la chorée chronique chez le fils. Celle-ci, dans ce cas, se serait donc également développée sous l'influence de l'hérédité morbide. A noter encore que, chez ce dernier malade, une avulsion de dent fut suivie d'une atténuation passagère des accidents.

Relativement au siége de la maladie, l'auteur incline à le localiser dans la moelle allongée et la protubérance ; quand il existe des troubles psychiques, force est d'admettre des altérations diffuses de l'encéphale. Les cas de chorée chronique, héréditaire ou non, avec nécropsie, ont du reste donné des résultats très dissemblables.

II. Le travail de Huber renferme précisément un exemple de chorée chronique héréditaire, ayant fourni l'occasion d'un examen microscopique. Voici un résumé d'une observation relatée par l'auteur :

Un homme de trante-huit ans, teinturier en soie, entre à l'hôpital de Zurich le 7 octobre 1886. Depuis huit années environ, il présentait les symptômes classiques de la chorée, sauf que les mouvements désordonnés s'atténuaient, cessant même, lors de l'exécution de mouvements intentionnels ; ils s'exagéraient sous l'influence des émotions. Ils s'arrêtaient complètement pendant le sommeil. Embarras de la parole, très prononcé ; affaiblissement de la mémoire.

Neuf membres de la famille du patient avaient été ou étaient affectés de la même maladie, entre autre le grand-père paternel et le père. Chez ce dernier, la chorée n'avait pas persisté jusqu'au bout, mais bien les troubles intellectuels. Le malade était mort à l'asile de Rheinau, et il a été possible de se procurer le procès-verbal d'autopsie, qui était du reste rédigé en termes très insuffisants. Le diagnostic anatomique portait : pachyméningite interne, méningite. Le tout est donc sans valeur.

D'autre part, une des sœurs du premier malade, dont l'observation est relatée par M. Huber, a succombé récemment. L'autopsie a été pratiquée par le professeur Klebs, qui en publiera ultérieurement les résultats, après examen histologique.

III. L'observation relatée par Zacher concerne un homme de quarante-cinq ans, entré à l'asile d'aliénés de Stephansfeld au mois de juin de l'année dernière. Il avait été bien portant jusqu'à l'âge de quatre ans ; de cette époque datent les troubles de la motilité, dont il était encore affecté au moment de son internement. Depuis deux années environ, il était im-

(Journal of medical Science, t. XVII, juillet 1881). Chez les malades de Macleod, les mouvements choréiques s'exagéraient sous l'influence des mouvements intentionnels.

propre à tout travail; il était devenu très irascible, maltraitant sa femme, tombant dans des accès de fureur pendant lesquels il détruisait tout ce qui lui tombait entre les mains; de plus, il était en proie à une véritable fringale.

L'examen du crâne ne fit découvrir aucune malformation; tout au plus existait-il une étroitesse relative du front. Tous les muscles placés sous l'influence immédiate de la volonté étaient agités par des mouvements désordonnés, sans but aucun. La tête se déplaçait tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre; sur la figure se dessinaient *les contorsions* les plus bizarres,en rapport avec la contraction des différents muscles de la face. Les bras et les jambes étaient projetés en tous sens et agités par des mouvements de frétillement, tandis que le tronc était déjeté alternativement en avant, en arrière et de côté. D'une façon générale, ces mouvements désordonnés étaient plus fréquents et plus intenses aux membres qu'à la face. Les contractions du diaphragme s'exécutaient avec régularité. Par moments, se produisaient des bruits suspirieux. La marche était fortement gênée par ces mouvements désordonnés; toutefois, le malade pouvait se tenir debout et progresser sans le secours d'un aide, quoique avec peine. L'occlusion des yeux n'exerçait aucune influence sur l'intensité des mouvements désordonnés; peut-être même avait-elle pour effet de les atténuer. Au moment d'exécuter des mouvements intentionnels, le malade parvenait à refréner l'agitation musculaire dans les muscles appelés à se contracter, seulement il se produisait un certain retard dans l'exécution des mouvements.

Quand on commandait au malade d'écrire son nom — et à cela se bornait tout son savoir — la chose s'exécutait sans peine une première fois, puis les lettres s'enchevêtraient les unes dans les autres, et l'écriture portait l'empreinte manifeste de la chorée. Parole monotone, articulation défectueuse des mots, qui étaient souvent séparés par des pauses. Les mouvements intentionnels des yeux étaient assez souvent troublés par l'agitation choréique. Celle-ci cessait complètement pendant le sommeil.

Il n'y avait pas de diminution de l'énergie contractile des muscles. Ceux-ci étaient bien développés. L'excitabilité mécanique et réflexe était normale. De même pour l'excitabilité électrique. Les réflexes patellaires étaient peut-être un peu diminués. Il n'existait pas de trouble appréciable de la sensibilité.

Pendant son séjour à l'asile, le malade a bien manifesté une irritabilité excessive, mais il n'a pas eu, à proprement dire, des accès d'agitation. Par contre, il soutenait qu'il était apte à travailler de ses mains, ce qui était inexact; il était aussi sous l'empire d'idées fixes,qui confinaient au délire des persécutions.

Les renseignements recueillis sur les antécédents héréditaires du malade ont établi que les mêmes désordres du mouvement avaient été observés chez un certain nombre de membres de sa famille, à travers plusieurs générations. On apprit notamment que le grand-père du malade et deux de ses frères avaient été affectés de ce même « tremblement », et qu'une sœur était morte dans un asile d'aliénés. Le grand-père en question avait eu trois enfants : deux fils, dont l'un était mort à l'étranger, sans qu'on ait obtenu ce renseignements précis sur son compte; l'autre avait payé son tribut à cette maladie de famille, ainsi que la fille, qui était la mère du sujet de l'observation. Celui-ci avait une sœur âgée de quarante-sept ans, qui présentait depuis quelques années les symptômes de la maladie de famille; un frère, âgé de quarante-deux ans, présentait depuis peu les premiers signes du mal. Le patient est père de quatre enfants bien portants jusque-là; toutefois, chez l'aînée, une fille de douze ans, la figure a été quelquefois agitée par des secousses.

Les détails qui précèdent mettront nos lecteurs à même de se faire une idée exacte de la symptomatologie de la chorée chronique héréditaire.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LES FIÈVRES DE SURMENAGE, par M. V. RENDON.

Les accidents que fait naître cet état particulier de l'organisme désigné sous le nom de surmenage sont à la fois variés et complexes, et on ne peut s'étonner de voir figurer parmi eux des manifestations fébriles qui peuvent revêtir dans certains cas les allures et la marche d'une maladie aiguë.

Il s'agit là d'une catégorie d'accidents encore peu connus, mais extrêmement intéressants à étudier et qui, à ce titre, pourraient dès aujourd'hui fournir matière à un important chapitre de pathologie générale. Dans sa thèse inaugurale, M. le docteur Rendon s'est préoccupé surtout de décrire les symptômes de ces fièvres, d'établir leurs formes cliniques, et en même temps il a cherché à édifier une théorie plausible de leur pathogénie, en faisant appel à des découvertes récentes qui éclairent d'un jour inattendu certaines questions se rattachant à la pathologie humorale. C'est dire qu'il s'agissait là d'une question à peu près inexplorée et dont M. Rendon a tiré cependant un excellent parti, car sa thèse nous a paru à la fois digne de l'importance du sujet et des maîtres qui l'ont inspiré.

En se plaçant au point de vue purement clinique, l'observation permet d'établir l'existence de trois formes de fièvres de surmenage, reliées d'ailleurs entre elles par un élément commun, qui n'est autre qu'un état typhoïde toujours assez caractérisé pour être reconnaissable à ses signes habituels. Il y a donc lieu de distinguer :

A. Un état typhoïde sans fièvre.

B. Un état typhoïde avec fièvre, mais sans lésions.

C. Un état typhoïde avec lésions passagères ou permanentes.

Or, cette dernière forme présente, avec la fièvre typhoïde ordinaire, aussi bien au point de vue des lésions qu'au point de vue clinique, une analogie qui conduit forcément à l'assimiler aux maladies *infectieuses* dont la dothiénentérie est chez nous le type le plus achevé. Comme dans celle-ci, on constate chez les individus qui ont succombé à la plus grave des fièvres de surmenage des altérations musculaires profondes, de véritables myosites pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès; des dégénérescences du cœur, véritables myocardites des lésions de l'appareil circulatoire, thromboses, gangrènes spontanées, analogues à celles qui surviennent parfois au décours de la fièvre typhoïde : Enfin, dans quelques cas, des lésions de l'intestin sous forme d'ulcérations. Voilà certainement des raisons suffisantes pour justifier le précédent rapprochement et pour faire naître dans l'esprit cette idée que les désordres

consécutifs au surmenage sont l'expression d'un état véritablement infectieux, ainsi que l'observation clinique l'avait déjà montré avant que l'anatomie pathologique n'eut apporté le supplément de preuves tiré de la forme, de la localisation et de la gravité des lésions viscérales.

Il ne s'agit du reste pas là d'une vue purement théorique. Et c'est avec raison que, appuyé sur ce faisceau d'arguments, M. Rendon cherche à établir l'identité de ce que l'on a appelé la fièvre de croissance, avec les accidents de surmenage. Déja les précédents observateurs avaient remarqué cette ressemblance. Goeselin se demande si ces accidents ne sont pas simplement le résultat de la fatigue, disproportionnée avec la fragilité du squelette à cet âge de la vie, et M. Bouilly conclut dans le même sens en expliquant les douleurs et les phénomènes articulaires dans ce cas particulier par le mouvement de croissance épiphysaire qui crée une cause d'appel aux manifestations du surmenage, un véritable *locus minoris resistentiæ*. C'est là certainement une des vues les plus originales que M. Rendon ait exprimé dans sa thèse, et on ne peut contester que les arguments cliniques sur lesquels il s'appuie donnent à cette opinion un très grand caractère de probabilité. Du reste, toute cette partie de son travail demande à être lue avec soin. Les considérations relatives au diagnostic et au pronostic particulièrement sont de la plus grande importance, car elles visent des erreurs de jugement trop souvent commises et qui consistent communément à confondre la fièvre de surmenage avec d'autres affections dont elle emprunte la symptomatologie (lombago, variole, embarras gastrique, fièvre typhoïde, etc).

Le travail de M. Rendon fut resté nécessairement incomplet si l'auteur s'était borné à une description purement clinique. En regard de celle-ci, il a voulu placer un essai de physiologie pathologique qui permit de concevoir d'une manière rationnelle l'enchaînement des symptômes aux lésions, et des lésions à la cause dont elles sont la résultante plus ou moins immédiate. L'idée fondamentale qui inspire sa théorie peut se résumer ainsi : le surmenage est le point de départ d'un mouvement de désassimilation excessif qui amène l'accumulation dans la masse sanguine des déchets nutritifs et des matériaux mis en liberté par l'usure des tissus. C'est la présence de ces matériaux destinés à être éliminés, c'est leur présence en excès au sein de l'organisme qui amène consécutivement l'altération des parenchymes et des organes, et parallèlement la réaction fébrile par laquelle s'affirme cliniquement l'état pathologique créé par eux. L'élimination de ces déchets, véritables produits toxiques, est la condition indispensable pour la prompte cessation des accidents ; si elle vient à être entravée par une cause quelconque, par le mauvais fonctionnement des émonctoires et particulièrement de la voie rénale, la plus importante de toutes, la gravité de la maladie s'affirmera proportionnellement au degré de cette rétention. Il s'agit donc en réalité, chez le surmené, d'une véritable auto-intoxication, dans laquelle le poison est créé de toutes pièces par l'organisme qui, dans ce cas particulier, n'emprunte rien au dehors. C'est, en d'autres termes, pour emprunter un mot au langage pittoresque de M. Peter, une véritable autotyphisation, dont les matériaux se rapprochent sans doute étroitement des alcaloïdes découverts et décrits récemment par A. Gautier et Schmi, soue le nom de leucomaïnes et de ptomaïnes, alcaloïdes dont l'organisme fournit à lui seul les éléments.

Telle est l'idée essentielle du travail de M. Rendon en ce qui concerne la pathogénie des accidents qu'il a décrits. Et qu'on ne croie pas qu'il s'agisse là d'une conception purement théorique. Des faits d'ordre expérimental existent, qui lui donnent une sorte de consécration. C'est ainsi que M. Bouchard, dans ses recherches sur la toxicité des urines dans les différents états morbides, a prouvé que cette toxicité est extrêmement marquée chez les animaux soumis à des travaux excessifs et privés d'autre part de repos et de moyens de réparation suffisants. Le degré de cette toxicité a même pu être mesuré, d'après cette méthode de M. Bouchard, qui est devenue d'une application courante. Par conséquent, l'hypothèse de l'empoisonnement par les matières extractives considéré comme cause de maladie et de mort à la suite du surmenage, devient extrêmement probable. Elle sera demain une certitude si, comme M. Rendon en exprime le désir, de nouvelles recherches sont instituées dans le but d'établir exactement la nature chimique des substances toxiques que l'organisme a le pouvoir de fabriquer ainsi lui-même, lorsqu'il est placé dans des conditions déterminées.

P. Muselier.

NOTES & INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Dans sa séance du 4 juin 1888, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a, sur un rapport de M. Gestin, proposé des dispositions spéciales concernant la composition des coffres à médicaments sur les navires affectés au service de l'émigration; des dispositions comportant notamment l'introduction de produits antiseptiques dans la liste des médicaments que ces coffres doivent renfermer.

Des renseignements ont été fournis par M. Proust sur les mesures quarantenaires adoptées par les autorités de Jersey à l'égard des navires provenant de départements du littoral où se sont montrés des cas de variole. En même temps, M. Proust a signalé que l'épidémie de variole diminuait d'intensité à la Martinique, et M. Napias a fait observer qu'en raison de la gravité de ces épidémies aux Antilles, il y aurait un grand intérêt à fournir à cette colonie les ressources nécessaires pour y répandre les bienfaits de la vaccine, afin d'éviter les pertes considérables, en hommes et en argent, qui ont eu pour cause principale l'absence de services organisés dans ce but jusque dans ces derniers temps. Le Comité a vu, dans l'exposé de ces faits, une preuve de plus en faveur de l'obligation de la vaccination, ainsi qu'une nouvelle confirmation des avantages que les transactions commerciales et les rapports internationaux retireront de l'extension de cette mesure.

(Bulletin médical).

— Les eaux de Paris. — En présence du dépôt par le Ministre des travaux publics d'un projet de loi relatif aux eaux de Paris, M. Camille Dreyfus a renoncé à la question qu'il se proposait d'adresser à ce sujet à M. Deluns-Montaud.

— Utilisation des eaux d'égout. — La Commission sénatoriale chargée d'examiner la question du déversement des eaux d'égout dans la plaine d'Achères et les environs de Paris s'est rendue dans la forêt de Saint-Germain pour y faire son enquête.

Cette Commission était composée de MM. Cornil, président; Maze, Léon Say, de Sal, Naquet, de Verninac, Combes et G. Martin.

Elle a été reçue à son arrivée par les maires de toutes les communes environnantes, au nombre de 60 environ, et par leurs municipalités.

Les maires ont remis tout de suite entre les mains du président les protestations écrites de leurs administrés.

Après la remise de ces documents, M. le docteur Salet, président du Comité de défense de la vallée de la Seine et de la forêt de Saint-Germain, s'est avancé et a fait le procès de l'épandage des eaux d'égont, et rappelé qne, si lors d'une visite précédente faite par nne Commission de la Chambre, il s'est produit quelques troubles, c'est qne le rapporteur de cette Commission n'avait pas daigné tenir compte dans son rapport « des protestations de plus de 25,000 citoyens ».

« La situation, a-t-il ajouté, est aujourd'hui changée, et tous nons avons l'espoir que le Sénat, mieux inspiré que la Chambre, saura défendre nos intérêts. »

Après avoir entendu tous les arguments des différents orateurs, la Commission s'est rendue sur le terrain d'expérience.

— Constantinople. — Un Iradé impérial sanctionne la fondation d'une école vétérinaire à Constantinople. Une Commission s'est déjà formée à l'effet de rédiger le programme et de faire le choix du corps enseignant de cette institution.

— Statistiques matrimoniales. — La Pall Mall Gazette donne les chiffres suivants : En Angleterre, pendant l'année 1885, il y avait 17,5 mariages pour 1,000 habitants, et seulement 14,1 en 1886; pendant la même période, la moyenne est tombée de 15,7 à 13,4 en Belgique, de 16 à 14 8 en France. Pour les vingt dernières années, la moyenne était de 17,1 en Autriche, de 17,4 en Allemagne, de 16,2 en Hollande, et elle est tombée en 1886, pour chacun de ces pays, à 15,5, 15,8 et 13,9.

L'âge moyen du mariage a suivi une augmentation progressive depuis 1873 et était en 1886 de 28 ans 2 mois pour les hommes et 25 ans 9 mois pour les femmes. Concurremment à ce retard dans l'époque des mariages, il faut noter une augmentation notable de la prostitution.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Quatrième trimestre.* — Inscriptions : Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 27 juin 1888. Il sera clos le mercredi 18 juillet, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures.

1o Inscriptions de première année : les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 juin 1888;

2° Inscriptions de deuxième année (doctorat) : les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 et samedi 7 juillet 1888;

3o Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), 2e, 3e et 4e années (officiat), les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, lundi 16, mardi 17 et mercredi 18 juillet 1888.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 juillet 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le troisième trimestre 1887-1888. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (doctorat) et de la 5e (officiat); il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

1er trimestre,	novembre et décembre.	56 jours.	
2e	—	janvier, février et mars	86 —
3e	—	avril, mai et juin......	86 —
4e	—	juillet à octobre.......	56 —

Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (8e doctorat et 4e officiat) à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

Consignations.— I. Les élèves ajournés, à la session de novembre 1887, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (officiat), devront consigner les mercredi 13 et jeudi 14 juin, aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen du 25 au 30 juin.

II. Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen du doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 20 et jeudi 21 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 27 au 28 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 2 juillet).

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront en prenant, selon le cas, la 4e, 8e et 12e inscription. Ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

III. En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 15 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 8 ou le mardi 9 octobre 1888, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

***

— Un concours s'ouvrira le 8 décembre 1888 à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Lille. — La chaire d'anatomie a été déclarée vacante le 31 mai. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Alger. — Un concours s'ouvrira le 4 décembre 1888 à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

Egypte. — Le 8 juin a eu lieu à Alexandrie l'inauguration du monument élevé à la mémoire de M. Thuillier, l'un des membres de la mission Pasteur, mort du choléra à Alexandrie.

— M. le docteur Peyron, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

— M. Dagonet (Henri), médecin en chef de la division des hommes à l'Asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite pour cause d'ancienneté de service, à partir du 1er juin 1888. M. le docteur Dagonet (Henri) est nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

— M. le docteur Dubuisson (Paul), médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est nommé médecin en chef de la division des hommes dudit asile.

— M. le docteur Dagonet (Jules) est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Leca. Lésions secondaires au cours du cancer de l'utérus. — M. Dassieu. Infection pneumonique. — M. Simon. Des troubles fonctionnels consécutifs aux fractures de la rotule. — M. Faneau. Du secret professionnel en médecine mentale.

M. Vilon. De la phlébite post-puerpérale. — M. Auclert. Étude physiologique et thérapeutique sur le dinitrate de chrysonéline. — M. Junin. De l'étiologie héréditaire de la paralysie faciale dite *a frigore*. — M. Guemes. De l'hémato-salpingite.

M. Odriozola. Lésions du cœur consécutives à l'athérome des coronaires. — M. Sappovitch. Contribution à l'étude de la pneumonie catarrhale.

M. Monprofit. Salpingites et ovarites. — M. Beaudonnet. Spermatogenèse dans l'oblitération de la vaginale.

M. Brossier. Des abcès du foie expectorés. — M. Lefèvre. De la révulsion dans les troubles médullaires *a frigore*. — M. Versepuy. De la périmétrite et son traitement.

M. Fouque. De la pulpe vaccino-glycérinée. — M. Coppin. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide sulfureux. — M. Chevalier. Du pansement antiseptique du cordon ombilical. — M. Klein. Du délire des grandeurs. Etude séméiologique. — M. Lagente. Contribution à l'étude des lymphosarcomes du médiastin. — M. Archipoff. Contribution à l'étude de la migraine.

M. Texier. Du traitement de la chorée par l'antipyrine. — M. Fourrier. Respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale.

M. Winocouroff. Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales. — M. Jacques. Intubation du larynx dans le croup.

M. Bizardel. De la quinine comme prophylactique du paludisme. — M. Imbert. Étude sur un cas anormal de dilatation de l'estomac. — M. Le Meignen. Etude sur les formes cliniques de la paralysie saturnine généralisée. — M. Augier. Contribution à l'étude du diverticule de Mœckel. — M. Hervé. La circonvolution de Broca.

M. Dupain. Etudes cliniques sur le délire religieux. Essai de séméiologie. — M. Royetski. Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Chister. Excision de la muqueuse curatoire.

M. Imossi. Moyens d'exploration des organes génitaux de la femme. — M. Bourgeois. Contribution à l'étude de la fièvre ourlienne. — M. Grosset. Des ophthalmies post-morbilleuses. — M. Heryng. Contribution à l'étude du phlegmon nécrotique du larynx et son rapport avec l'angine érysipélateuse. — M. Besson. Déviations de la taille d'origine réflexe. — M. Guérard. L'hôpital de Lariboisière. — M. Berrez. De l'ulcère simple de l'œsophage. — M. de Senneville. De l'eczéma séborrhoïque.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

1. M. Berriat. Contribution à l'étude de la coqueluche et de son traitement par les insufflations nasales de poudres antiseptiques. — 2. M. Negretti. Quelques observations de gangrène gazeuse. — 3. M. Simond. La lèpre et ses modes de propagation à la Guyane française. — 4. M. Ancbé. Etude sur l'épithélioma des os (anatomie pathologique). — 5. M. Salis. Des inoculations tuberculeuses chez le lapin et chez le cobaye.

6. M. Bassères. Considérations sur la chirurgie oculaire à la clinique ophthalmologique de Bordeaux (Hôpital Saint-André). — 7. M. Petit. Quelques cas de fractures traitées par le massage. — 8. M. Vinceot. Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci. — 9. M. Viéron. Recherches sur le développement et l'hystogénèse du rein chez l'homme. — 10. M. Marloy. Des badigeonnages de perchlorure de fer dans les lymphangites.

11. M. Jarjavay. Quelques considérations sur le rhumatisme articulaire chronique, particulièrement chez les vieillards. — 12. M. Lejeune. Considérations sur l'emploi de l'antipyrine en thérapeutique. — 13. M. Pascal. La ménopause prématurée par la castration ovarienne (Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE 1886.

M. Knœpfler. Des ruptures bronchiques sans fractures de côtes ou indépendantes de ces fractures dans les traumatismes du thorax. — M. Wendling. Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale. — M. Thouvenel. Du charbon Atténuation du virus charbonneux dans la terre.

M. Renard. De la valeur de l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte au point de vue des résultats de l'opération. — M. Griffe. Etude expérimentale sur l'action physiologique du sulfate de sparteine. — M. Licht. Du traitement antiseptique local de la blennorrhagie.

M. Leclerc. Contribution à l'étude de l'antisepsie en ophthalmologie. — M. Ruotte. Etude sur le traitement des fractures transversales de la rotule (Suture osseuse. Ponction de l'épanchement). — M. Spillmann. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorure de calcium cristallisé. — M. Frache. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du bichromate de potasse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT LE PREMIER SEMESTRE 1887-1888.

M. S. Schulmann. De l'influence de la respiration sur la circulation artérielle. — M. G. Dumont. De l'unicité de la pneumonie (étudiée surtout au point de vue bactériologique). — M. F. la Nèele. Réflexions à propos d'un cas de méningite cérébro-spinale non épidémique. — M. G. Dubar. Des tumeurs liquides des grandes lèvres. — M. G Guillaume. De la vaccination animale dans la région du Nord. — M. Ch. Delebarre. Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius. — M. L. Thiéry. Contribution à l'étude du cylindrome. — M. H. Testu. Syphilis et érythèmes non spécifiques. — M. A. Masson. Des troubles moteurs post-épileptiques.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 3 AU SAMEDI 9 JUIN 1888.

Fièvre typhoïde 8. — Variole 8. — Rougeole 26 — Scarlatine 5. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup, 34 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 170. — Autres tuberculoses 25. — Tumeurs : Cancéreuses 55. — Autres 7. — Méningite 33. — Congestion et hémorr. cérébrales 62. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 5. — Maladies organiques du cœur 46. — Bronchite aiguë 14. — Bronchite chronique 28. — Broncho-pneumonie 19. — Pneumonie 47. — Gastro-entérite : Sein 23. — Biberon 48. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 6. — Débilité congénitale 19. — Sénilité 24. — Suicides 26. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 175. — Causes inconnues 19. — Total de la semaine : 962 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Guérison rapide de l'entorse et du diastasis par l'application méthodique de la belladone, disparition presque instantanée de l'élément douleur, par M. J. Abeille, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin ordinaire de l'hôpital du Val-de-Grâce et du Roule, etc. Brochure in-8o de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traumatisme et névropathie, par le docteur Ch. Bataille. Un volume in-8o broché. — Prix : 4 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Mémoires de chirurgie, par le professeur Verneuil. — Tome V. Commotion, contusions, tétanos, syphilis et traumatisme. — Un volume in 8, 15 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard St-Germain.

Les frontières de la folie, par le docteur A. Cullerre, membre correspondant de la Société médico-psychologique. Un volume in 16 de 360 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Tonkin, géographie médicale, hygiène, climatologie, ethnographie, anthropologie et histoire naturelle, par H. Rey, médecin en chef de la marine. Un vol. in-8 de 180 pages; prix, 3 francs. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Les vénériens et le droit commun, note relative à la prophylaxie de la syphilis et à la règlementation de la prostitution, par le docteur A. Malécot, ancien interne des hôpitaux. — Paris, G. Carré, libraire-éditeur, 1888.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par M. le professeur Baudry, à la Faculté de médecine de Lille. Second et dernier fascicule. Un volume in-8o. — Prix : 7 francs. — Prix de l'ouvrage complet : 13 francs. - A. Delabaye et E. Lecrosnier, éditeurs place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Sur la création de laboratoires thermaux, par le docteur Pegrand, médecin consultant à Vichy. — Paris, O. Doin, 1888.

Variations de la personnalité, par les docteurs H. Bourru et P. Burod, professeurs à l'Ecole de médecine de Rochefort. Un volume in-16 de 316 pages, avec 15 photogravures. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Petite Bibliothèque médicale : *La seconde enfance*, guide hygiénique des mères et des personnes appelées à l'éducation de la jeunesse, par le docteur E. Périer. Un volume in-16 de 236 pag., 2 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie E. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. Nº 25 23 JUIN 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES, à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Troisième Leçon

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16, 17, 18, 19 et 23.

III

Je vous ai indiqué, chemin faisant, à propos des cas cliniques que nous avons étudiés ensemble, les principales particularités sur lesquelles repose le diagnostic des formes les plus communes des spasmes respiratoires hystériques. Il me paraît inutile d'y revenir. Mais je dois vous dire quelques mots des rapports des spasmes respiratoires compliqués avec deux affections qui pourraient quelquefois les simuler : la *maladie des tics convulsifs* et le *délire des aboyeurs*.

La *maladie des tics convulsifs* est une affection généralement héréditaire et incurable qui est caractérisée par l'association de tics avec des troubles divers du système nerveux, tels que coprolalie (c'est-à-dire émission brusque et involontaire de paroles ordurières), écholalie (c'est-à-dire répétition automatique des sons et des bruits), échokynésie (c'est-à-dire imitation des mouvements), obsessions pathologiques, délire du doute, etc.

Cette affection a été étudiée et décrite seulement dans ces dernières années par MM. Charcot (1), Gilles de la Tourrette (2) et Guinou (3). Il serait tout à fait illogique de chercher à l'identifier avec les spasmes hystériques dont elle est essentiellement différente. Mais vous savez que l'hystérie est, selon les expressions de Sydenham « un protée qui prend une infinité de formes différentes, un caméléon qui varie sans fin ses couleurs ». Elle peut revêtir les apparences les plus étranges, simuler les maladies les plus dissemblables ; elle peut en particulier donner quelquefois lieu à des tics analogues à ceux qui s'observent dans la maladie des tics convulsifs. MM. Charcot (1) et Guinou (2) en ont rapporté quelques exemples et ont insisté avec juste raison sur l'intérêt pratique qu'il y a, dans les cas de ce genre, à faire un diagnostic complet et rigoureux.

La vraie maladie des tics convulsifs, en effet, est incolore et souvent incurable, tandis que son sosie d'origine hystérique est susceptible de guérison rapide. On comprend dès lors à quels regrettables erreurs de pronostic entraînerait fatalement une appréciation inexacte de la nature des accidents observés. Au reste, il suffira en général, pour établir ce diagnostic, d'étudier avec soin les antécédents des malades, les conditions sous l'influence desquelles se sont développées les tics, les symptômes permanents qui coexistent avec eux, etc. L'important est d'être prévenu de la possibilité de l'erreur ; il est ensuite facile de l'éviter.

Le *délire des aboyeurs* n'est pas une affection spéciale, autonome. On a décrit autrefois sous ce nom toutes les formes possibles de convulsions des muscles respiratoires accompagnées de l'émission soudaine et involontaire de cris, d'exclamations ou de paroles. De ce groupe confus de faits essentiellement disparates, on a déjà tiré les cas de spasmes rythmiques hystériques compliqués de bruits anormaux, articulés ou non, et les cas de maladie des tics convulsifs. Mais il reste encore un certain nombre de faits qui ne se rapportent ni aux spasmes hystériques ni à la maladie des tics convulsifs et qui appartiennent à des névroses mal connues dont l'histoire est entièrement à faire.

Il est probable que ces faits sont rares, mais ils existent certainement, et comme ils pourraient, le cas échéant, vous conduire à des diagnostics erronés, je crois devoir vous les signaler. J'en ai observé naguère un exemple des plus remarquables, et ne voulant pas employer le nom de delire des aboyeurs qui pourrait donner lieu à des confusions, je l'ai transcrit dans mes notes sous le titre suivant qui a tout au moins l'avantage de n'impliquer aucune hypothèse sur la nature de l'affection : *Logospasmes choréiformes survenant par accès prolongés de 14 à 18 mois de durée, chez un homme adulte et jusqu'alors indemne d'accidents névropathiques, à la suite d'ennuis et de préoccupations financières*.

Voici du reste le résumé de cette curieuse observation :

M. X..., négociant, âgé de 59 ans, est un homme robuste, vigoureux, marquant moins que son âge.

Son *père* est mort accidentellement, sans avoir jamais eu de maladies nerveuses. Sa *mère* est morte à 85 ans, après avoir joui

(1) Charcot. *Intorno ad alcuni casi di tic convulsivo con coprolalia ed ecolalia.* RIFORMA MEDICA, 1885.

(2) Gilles de la Tourrette. *Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie.* ARCHIVES DE NEUROLOGIE, 1885.

(3) G. Guinon. *Sur la maladie des tics convulsifs.* REVUE DE MÉDECINE, 1886.

(1) Charcot. *Hystérie et tics convulsifs.* SEMAINE MÉDICALE, 1886.

(2) Guinon. *Tics convulsifs et hystérie.* REVUE DE MÉDECINE, juin 1887.

jusque dans son extrême vieillesse d'une parfaite santé. Il a deux enfants très bien portants : un fils qui est officier d'artillerie, et une fille de 19 ans.

M. X... s'est très bien porté jusqu'en 1878. A cette époque, son ventre grossit. Les médecins consultés diagnostiquèrent un kyste de la rate. On pratiqua plusieurs ponctions qui donnèrent issue à plusieurs litres de liquide séreux, et finalement le kyste guérit.

En 1879, quelques mois après la guérison du kyste abdominal, M. X..., qui avait mené jusque-là une vie très agitée, se retira des affaires. L'inactivité lui fut pénible ; il s'ennuya de n'avoir rien à faire et, après quelques mois, il éprouva les premiers symptômes d'un état nerveux des plus pénibles. Il devint triste, morose, irritable ; il eut des insomnies opiniâtres, des idées de suicide. Un jour, il se pendit dans ses appartements avec la corde d'un pain de sucre, et on arriva juste à temps pour le sauver.

Quelques semaines après l'apparition de ces symptômes, M. X... commença à pousser involontairement des aboiements inarticulés. Un mois plus tard, ces aboiements furent remplacés par des cris articulés, des exclamations distinctes proférées à haute voix et accompagnées de secousses convulsives dans le tronc et les membres. Ces exclamations involontaires et convulsives se répétaient assez régulièrement toutes les cinq ou six minutes. D'une voix très forte et très distincte, M. X... s'écriait toujours : *Numa, Hélène, Camille, Maria ;* puis, après quelques minutes de repos, il répétait bruyamment les mêmes noms qui sont, il n'est peut-être pas inutile de le dire, ceux de son fils, de sa femme, de sa fille et de sa servante. Les exclamations cessaient pendant la nuit et recommençaient le matin au réveil.

Les idées sombres avec tendance au suicide persistaient toujours. Cela dura sans interruption pendant quatorze mois consécutifs ; puis les cris, les insomnies, l'agitation disparurent, et M.X.. jouit pendant trois ans, de 1881 à 1884, d'une parfaite santé.

Au commencement de janvier 1884, en se promenant dans les rues de Bordeaux pour se distraire, il rencontra un de ses amis qui l'engagea à retirer le plus promptement possible ses fonds d'une entreprise financière dans laquelle ils étaient engagés. Très inquiet des renseignements que venait de lui donner son ami, et craignant pour la sécurité de sa fortune, M. X... rentra chez lui dans un état de profonde mélancolie. Pendant trois jours, il s'occupa de rechercher un nouveau placement pour son argent. Le quatrième jour, en se réveillant, il commença à pousser distinctement et avec force les cris qu'il poussait deux ans auparavant : *Numa, Hélène, Camille, Maria.*

Quand je vis le malade quinze jours plus tard, appelé auprès de lui en consultation par son médecin ordinaire, M. le docteur Lande, je le trouvai agité, marchant de long en large dans sa chambre, incapable de rester assis plus de quelques minutes.

Il ne présentait aucun trouble de la motilité volontaire ni de la sensibilité cutanée. Les sens spéciaux paraissaient normaux ; toutefois l'examen méthodique des fonctions visuelles ne put être pratiqué. La langue était saburrale ; anorexie, perte complète de l'appétit. M. X... était tracassé par des idées tristes ; il se disait obsédé par la pensée de la mort et par le désir de se suicider. L'avant-veille, il avait tenté de se noyer. Il était, en outre, fatigué par une insomnie persistante.

Toutes les deux, trois, quatre ou cinq minutes, il poussait brusquement à voix haute, claire, brève et bien timbrée, quelques cris très nettement articulés. Tantôt il lançait successivement et très rapidement les quatre noms indiqués plus haut : *Numa, Hélène, Camille, Maria ;* tantôt il répétait l'un d'eux quatre ou cinq fois de suite avec une grande violence : *Numa, Numa... Hélène, Hélène, Hélène, Hélène,* etc.

L'émission de ces mots était accompagnée de secousses convulsives violentes dans les muscles des bras et du tronc. Quelquefois le malade s'abaissait ou s'accroupissait malgré lui pour les proférer.

Dans les intervalles des secousses et des cris convulsifs, M. X... parlait tout à fait librement ; il racontait le début de sa maladie et l'histoire de sa vie sans hésitation, sans défaillances de mémoire, et s'il n'eut parlé incessamment de l'incurabilité de son affection et de sa mort prochaine, on eut pu le considérer comme un homme tout à fait sain d'esprit.

Les cris se produisaient souvent au milieu d'une phrase commencée ; le malade ne pouvait ni les retenir ni les étouffer, ni même modérer leur éclat. Si on le priait de faire un effort pour prononcer d'autres mots que ceux qu'il avait coutume de proférer, de dire par exemple *Henri* au lieu de *Numa, Jeanne* au lieu d'*Hélène ;* il promettait de le faire, mais n'y réussissait jamais. Cependant il racontait (et ses parents confirmaient ce récit) que lorsqu'il voyait un de ses amis il répétait souvent pendant des heures entières, toutes les deux ou trois minutes, le nom de cet ami. Un de ses cousins, nommé *Georges*, étant venu lui rendre visite quelques jours auparavant, il avait crié toute la journée : *Georges, Georges, Georges, Georges.* La veille de la consultation, préoccupé de l'idée de voir un nouveau médecin, il avait crié presque uniquement le nom de ce médecin.

Ajoutons à ces détails que pendant le sommeil les cris et les secousses étaient absolument suspendus.

Nous conseillâmes une cure hydrothérapique et l'usage d'une solution de bromure de potassium et de chloral.

Six semaines plus tard, je rencontrai par hasard M. X... à l'établissement hydrothérapique au moment où il venait de prendre sa douche. Il me raconta qu'il était un peu moins triste, qu'il dormait un peu mieux la nuit et qu'après chaque douche il restait ordinairement une heure ou deux sans proférer de cris. Pendant qu'il me donnait ces renseignements, il se mit tout à coup à pousser ses exclamations habituelles : *Numa, Hélène, Camille, Maria ;* et comme je paraissais surpris de cette contradiction entre son récit et ses actes : « Me voilà reparti, dit-il, beaucoup plus tôt qu'à l'ordinaire, et vous ne savez probablement pas pourquoi. Je vais vous l'expliquer. Voyez-vous dans le parc cet officier d'artillerie? Son costume m'a fait songer à mon fils. Aussitôt j'ai recommencé à crier, et à présent cela ne cessera que ce soir, quand je m'endormirai. »

Je n'ai pas revu le malade depuis cette époque, mais M. le docteur Lande, qui a continué à lui donner des soins, a eu l'obligeance de me donner de ses nouvelles. Son état s'est amélioré lentement, et il a fini par guérir dix-huit mois environ après le début de l'accès.

Il serait, je crois, bien difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de classer cette observation dans un des cadres nosologiques établis par les pathologistes. Il ne s'agit pas évidemment d'un cas régulier de maladie des tics convulsifs, ni d'une espèce vulgaire de vésanie, ni d'une variété de paramyoclonus multiplex ou de spasmes rythmiques hystériques.

Le plus sage est de ne pas formuler de diagnostic et d'attendre que des faits nouveaux viennent dissiper l'obscurité qui entoure pour le moment l'analyse de ce cas.

(*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

NOTE SUR UN NOUVEAU BALLON POUR PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ, par M. LEFEBVRE, interne à l'hôpital de la Charité.

La dilatation du col utérin a toujours été considérée par les accoucheurs comme un moyen certain de provoquer l'accouchement. C'est pour obtenir ce résultat que M. le professeur

Tarnier a fait fabriquer l'amponle dilatable qui porte le nom d'excitateur. De même, les violons de Barnes ont nn effet mécaniqne incontestablement ntile sur le col.

D'nn antre côté, les corps étrangers aseptiqnes tels que les sondes demi-molles introduites dans l'ntérus, agissent en déterminant des efforts involontaires d'expulsion. L'action musculaire de l'ntérus, sollicitée par la présence de la sonde, porte en même temps sur le produit de conception. Dans ces cas, la dilatation dne à la poche des eaux est simplement prématurée. Elle est tont à fait physiologiqne.

M. Champetier de Ribes a fait présenter récemment à la Société clinique nn ballon qui eet introduit dans l'ntérus et qui agit à la fois comme les denx procédés qne nous venons de rappeler. Ce ballon, entre les mains de M. Champetier de Ribes, a donné jusqn'ici d'excellents résnltats dans trois cas d'accouchement prématuré provoqué ponr canee de rétrécissement du bassin.

Nons donnons, avec les observations recueillies dans les services d'acconchements de la Charité et de Lariboisière, le mode d'introduction dn ballon.

Le ballon est fait de soie mince donblée d'une mince feuille de caoutchouc. Il est donc à la fois incompressible, puisqn'il est gonflé avec un liquide antiseptique et imperméable. Le tissu de soie a pour but de lui garder une forme constante.

Vide et plié, c'est-à-dire tel qu'on l'introduit, sa circonférence ne dépasse pas 3 centimètres. On le fait facilement passer à travers une bague étroite.

Une fois rempli, sa forme est celle d'un cylindre de 4 centimètres de hauteur, fermé en hant par une surface légèrement convexe, tandis qu'en bas il est surmonté d'un cône de 5 à 6 centimètres de hauteur. Le sommet du cône se prolonge par un tube de remplissage de même substance que le ballon et ayant 6 millimètres de diamètre.

Le diamètre du ballon est de 7 centimètres 1/4, sa circonférence de 24 centimètres, la hauteur totale de 10 centimètres et sa capacité est de 360 centimètres cubes.

Toutee les fois que le ballon a été introduit, il a été soigneusement lavé et il est resté plongé pendant une demi-heure au moins dane une solution phéuiquée à 5 0/0, avec laquelle il est également gonflé.

Le liquide de remplissage est soigneusement conservé; on y ajoute même une légère quantité de la même solution. La quantité de liquide introduite est donc fixée à l'avance, et une fois qu'elle est introduite, le volume du ballon eet connn.

C'est avec le même ballon que les trois accouchements qne nous rapportons ont été provoqnés.

OBSERVATION I. — H. L... entre dans le service d'accouchements de l'hôpital de la Charité le 25 avril 1888. Elle est enceinte pour la première fois. On ne trouve chez elle aucune trace de rachitisme, sauf peut-être une légère asymétrie du front.

Ses dernières règles datent du mois d'août 1887. Elle a commencé à percevoir les mouvements actifs de son enfant à la fin de décembre.

Nous avons devant nous une femme un peu maigre, âgée de 22 ans, de taille moyenne, qui tousse babituellement et qui présente de la submatité dans la fosse sous claviculaire du côté droit avec affaiblissement du murmure vésiculaire.

Les seins sont assez volumineux; l'aréole pigmentée, les tubercules de Montgommery sont bien développés. Le mamelon est ombiliqué. L'abdomen est volumineux, la ligne brune est très marquée; l'ombilic est complètement effacé et l'on constate des vergitures à la partie inférienre de l'abdomen.

An palper, on trouve l'utérus remontant à six travers de doigt au dessus de la cicatrice ombilicale. Le sommet est au-dessus du détroit supérieur. L'enfant est très mobile, le ballottement aptalique facilement perceptible au-dessus de la symphyse pubienne. Le diagnostic de la présentation est O.I.G.P.

A un examen, pratiqué deux beures et demie après le précédent, on tronve le front à gauche et en avant, le dos est très en arrière, le siége dans la corne droite de l'utérus. En déprimant très fortement la paroi abdominale du côté droit, on arrive sur le plan latéral gauche de l'enfant. La présentation s'est donc transformée en O.I.D.P.

Auscultation. — Le maximum des bruits du cœur est perçu audessus de l'ombilic du côté droit, à 6 ou 7 cent. de la cicatrice ombilicale.

Toucher. — Le doigt introduit dans le vagin arrive sur le col qui est complètement ramolli; il a une longueur de 1 cent. et demi environ. L'orifice externe permet l'introduction de l'index; les membranes sont intactes, le sommet est élevé en position O.F.D.P. A l'examen du bassin, on trouve qne la face antérienre dn sacrum est plane; l'union de la première avec la seconde pièce sacrée est saillante. Il y a un faux promontoire très net que l'on reconnaît à la présence des trous sacrés; en remontant au-dessns, on arrive sur le promontoire vrai qui est bas et plus arrondi, on peut même apprécier une partie de la cinquième vertèbre lombaire : le diamètre promonta-sous-pubien mesure 10 cent. et demi.

On se trouve donc en présence d'une femme enceinte de 8 mois et demi ayant une présentation du sommet élevé en position O.S.D.P., avec un bassin rétréci.

Le même jour, 26 avril, l'enfant paraissant volumineux, M. Champetier de Ribes, craignant qu'une attente plus longue compromît la vie de l'enfant, se décide à provoquer l'accoucbement prématuré.

Après un lavage antiseptique vulvaire et vaginal préalable, la femme est mise dans la position obstétricale. Deux aides maintiennent les jambes, tandis qu'un troisième aide administre le chloroforme. La résolution musculaire est complète dix minutes après.

M. Champetier de Ribes pratique alors la version pelvienne par manœuvres externes; le fœtus se trouve maintenant en présentation du siègé, position S.J.D.A.

10 h. 20.—On procède ensuite à l'introduction du ballon aseptique : ponr cela, on réduit son volume, on le saisit entre les deux branches d'une longue pince courbe, la grosse extrémité dirigée en avant; puis, après l'avoir soignensement vaselinée, on le glisse jusqne dans la cavité. Il est guidé par la face paimaire de la main gauche introduite dans le vagin; puis, la face palmaire de l'index et du médius introduit dans la cavité du col facilement décollé, elles se rompent et il s'écoule un flot abondant de liquide amniotique.

Une fois le ballon dans l'utérns, l'opérateur retire la pince et maintient le ballon avec les doigts, tandis qu'un aide y injecte l'eau qui y était primitivement contenue et qu'on avait réservé; le ballon complètement gonflé reste fixé dans l'utérus. On place une ligature sur le tube de remplissage et l'opérateur retire la main. La parturiente est remise dans le décubitus dorsal et ensuite réveillée; puis on attend que le travail se déclare spontanément.

Les contractions douloureuses se déclarent à midi. A 1 h. 1/2, la dilatation atteint la largeur d'une pièce de 5 francs.

A 3 h. 1/2, la dilation est comme une petite paume de main, la petite extrémité du ballon fait fortement saillie à travers l'orifice utérin; le plan de cet orifice est très incliné sur l'axe du ballon, de telle sorte que son tiers antérieur et inférieur sort du col, tandis qu'en arrière les deux tiers inférieur et postérieur sont sortis.

4 h. 35. — On ne sent plus qu'un peu la lèvre antérieure; la partie postérieure de l'orifice utérin n'est plus accessible. On saisit alors le tube du ballon, on fait des tractions lentes et continues

aidées des efforts de la femme; on l'amène au dehors non dégonflé, après quelques minutes.

A ce moment, il se produit une hémorrhagie qu'on croit d'abord de provenance utérine. Voyant qu'elle ne cède pas à une injection vaginale chaude, on examine les organes génitaux externes. Ceux-ci présentent, au niveau de la commissure antérieure de la vulve, une éraillure profonde de 2 millimètres environ, de laquelle s'échappe un jet de sang.

Une serrefine, rapproche les deux lèvres de la plaie, l'hémorrhagie s'arrête définitivement.

Les membranes ayant été rompues pendant l'introduction du ballon, M. Champetier de Ribes introduit alors la main dans le vagin et jusque dans l'utérus, et ramène le pied gauche; le siège est alors en sacro-iliaque droite antérieur.

A ce moment, la femme cessant de pousser, on attend le retour des contractions utérines. Les bruits du cœur sont bons.

A 5 heures, réveil des contractions utérines; la jambe sort jusqu'au genou, mais alors les battements du cœur de l'enfant commencent à devenir plus lents et plus sourds. On exerce des tractions sur la jambe du côté gauche : elles amènent la cuisse gauche à la vulve.

Le membre inférieur droit restant fléchi le long du tronc, la fesse droite fait en avant une saillie qui butte contre l'arcade pubienne et qui empêche l'expulsion du tronc; on tourne alors celui-ci de telle sorte que la saillie faite par la fesse droite réponde au sacrum. Le tronc descend alors sans difficulté.

On procède alors à de légères tractions sur le tronc, pendant qu'un aide, placé sur le lit de la femme, appuie sur la tête fœtale pour la fléchir et la repousser en bas et en arrière. Elle franchit le point rétréci et descend dans l'excavation, entraînant avec elle le segment inférieur de l'utérus.

Introduisant alors deux doigts de la main droite dans la bouche de l'enfant, M. Champetier de Ribes abaisse le maxillaire inférieur; mais, à ce moment, la mère ne poussant plus, le dégagement de la tête présente de grandes difficultés, et l'enfant reste dans cette situation pendant cinq minutes environ.

Il fait des mouvements inspiratoires violents et le cordon ne bat plus.

Enfin, à 5 h. 15, on pratique l'extraction de la tête. Il s'est écoulé 6 h. 45 m. depuis l'introduction du ballon.

L'enfant naît un peu fatigué; néanmoins, les battements du cœur sont encore perceptibles.

On pratique immédiatement la ligature, puis la section du cordon. L'enfant est débarrassé des mucosités et du sang qui obstruent le larynx; on l'enveloppe d'une alèze chaude, et on pratique l'insufflation d'abord avec un tube laryngien, puis bouche à bouche. Au bout d'un quart d'heure se manifestent des mouvements respiratoires spontanés et très espacés; l'enfant devient plus rosé. On le frictionne alors avec de l'alcool étendu d'eau, puis on lui donne un bain sinapisé; les mouvements respiratoires deviennent alors plus fréquents et plus réguliers et l'enfant témoigne par ses cris de son retour à la vie.

Le toucher vaginal, pratiqué chez l'accouchée immédiatement après l'expulsion du fœtus et lorsqu'une injection vaginale chaude a été donnée, fait reconnaître que le placenta est déjà en partie dans le vagin.

A 5 h. 40, la délivrance est terminée. On donne alors à la malade une injection intra-utérine très chaude.

On reconnaît alors qu'il existe une légère déchirure de la partie inférieure du vagin et des téguments du périnée. On laisse la malade reposer quelque temps; puis M. Champetier de Ribes place deux sutures au catgut sur la déchirure vaginale et deux autres sur la déchirure périnéale.

Au bout de dix jours, les suites de couches ont été normales. Le périnée est entièrement reconstitué, sauf pour la déchirure profonde du vagin près de la peau, où il reste une légère exulcération qui guérira facilement.

OBS. II. — G. M..., 27 ans, entre le 29 mars à la Charité, dans le service d'accouchements.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère dyspeptique et gastralgique. Sœur morte à 19 ans d'une affection cérébrale impossible à préciser.

Antécédents personnels. — Notre malade a marché à l'âge de 4 ans. La chute de sa première dentition a eu lieu à 7 ans. La seconde dentition fut très longue à se faire.

Réglée à 17 ans, régulièrement. Les règles, à chaque période, durent huit jours.

Les dernières règles datent du 7 au 11 août 1887.

Il y eut des vomissements du quinzième jour au septième mois de la grossesse, ayant lieu le matin aussitôt après le lever et après chaque repas. On note également de l'insomnie pendant toute la durée de la grossesse.

Peu de phénomènes du côté des seins.

Le 20 décembre, pour la première fois, les mouvements du fœtus ont été perçus par la mère.

Actuellement. — Femme très petite : taille 1 mètre 25. Les fémurs présentent une courbure prononcée à convexité antéro-externe.

Les tibias offrent une double courbure en S italique; chapelet rachitique peu prononcé.

Les seins sont peu volumineux. Aréole étroite peu pigmentée; tubercules de Montgomery bien développés. Mamelon saillant. Abdomen volumineux et très tendu. Ligne brune fortement pigmentée. Cicatrice ombilicale effacée, vergetures.

Pas de varices aux membres inférieurs, ni à la vulve.

Palper. — Fond de l'utérus à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On sent le siège du fœtus en haut, dans la corne gauche de l'utérus : le dos regarde à gauche et en arrière. La tête est très mobile; elle déborde fortement la symphyse pubienne. Le front est dirigé en avant et à droite; la tête est un peu fléchie. Il est facile de sentir à ce niveau le ballottement céphalique.

Auscultation. — Les bruits du cœur sont entendus, au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic en un point distant d'environ 6 centimètres de la cicatrice ombilicale, à gauche de cette cicatrice.

Toucher. — Le doigt introduit dans le vagin arrive, après un court trajet, à suivre en arrière et sur la ligne médiane une saillie prononcée que l'on reconnaît être l'articulation du sacrum et de la colonne vertébrale : le promontoire.

Le col est complètement ramolli et mesure une longueur de 1 centimètre et demi environ; il est entr'ouvert et offre un orifice de la largeur d'une pièce de 2 fr. environ. On sent à travers le segment inférieur la tête qui est très mobile et on peut facilement percevoir le ballottement vaginal.

Le doigt, promené circulairement, suit assez facilement les contours ou détroits supérieurs dont on mesure les différentes dimensions, ainsi que celles du détroit inférieur et du grand bassin.

On trouve alors :

Diamètre étendu d'une épine iliaque antéro-supérieure, 0,205.
Diamètre d'une crête iliaque à l'autre, 0 237.
Diamètre sacro-iliaque, 0,175.
Diamètre bi-trochantérique, 0,30.
Diamètre bi-ischiatique, 0,11.
Diamètre promonto-sous-pubien, 0,102.

Le *diagnostic* porté est le suivant :

Grossesse de sept mois et une semaine environ. Présentation du sommet en position O.I.G.P. Bassin rétréci dans toutes ses dimensions. Le diamètre pubien minimum mesurait entre 8 centimètres et demi et 8 centimètres trois quarts avec déduction.

On se décide alors à provoquer ultérieurement l'accouchement prématuré.

Le 27 avril, la grossesse datant alors de huit mois et demi, on se décide à intervenir.

A 10 h. 1/2, on commence à administrer le chloroforme. Au bout de dix minutes, l'anesthésie et la résolution musculaire sont complètes.

On pratique alors la version par manœuvres externes. Après la version, la tête est dans la corne droite de l'utérus. Il est facile de sentir le ballottement céphalique au niveau de l'hypochondre droit.

Le dos est dirigé à droite et en avant, le siège au niveau du détroit supérieur du bassin. La présentation du sommet a été transformée en présentation du siège en position S.I.D. A.

A 10 h. 40, on introduit un ballon qui provoque l'accouchement prématuré. Pour ce faire, on a soin de déterminer exactement le volume de ce ballon en le remplissant complètement de liquide antiseptique ; puis on mesure les dimensions du ballon, qui sont alors de 7 cent. 1/4 de diamètre maximum sur 24 de circonférence, vidant alors complètement le ballon en ayant soin de conserver dans un récipient préparé tout le liquide qui y était contenu ; on le plonge dans un liquide antiseptique.

Puis, le saisissant entre les deux branches d'une longue pince courbe, la grosse extrémité dirigée en avant, après l'avoir vaseliné, on le glisse jusque dans la cavité utérine en décollant facilement les membranes, en ayant soin de prendre pour conducteur d'abord la face palmaire de la main gauche introduite dans le vagin, puis la face palmaire de l'index et du médius introduits dans la cavité du col.

Une fois le ballon introduit dans l'utérus, l'opérateur retire la pince, puis maintient le ballon avec les doigts. Ainsi disposé, un aide injecte dans le ballon l'eau qui y était primitivement contenue et qu'on avait réservée.

Le ballon, complètement gonflé, reste fixé dans l'utérus. On fait alors une ligature sur le tube du ballon et l'opérateur retire sa main.

La malade est réveillée et la marche ultérieure de l'accouchement abandonnée à la nature.

A 3 h. 1/2, la dilatation a atteint la grandeur d'une pièce de 5 fr.; la petite extrémité du ballon fait fortement saillie à travers l'orifice interne du col ; la plaie de l'orifice du col est très inclinée sur l'axe du ballon, de telle sorte que la partie antérieure de ce dernier est plus sortie que la postérieure.

A 4 h. 1/2, dilatation presque complète.

A 5 h. 20, le ballon est expulsé de la cavité utérine ; on le fait sortir sans le dégonfler à travers les organes génitaux externes.

A 5 h. 25, le toucher fait reconnaître que l'orifice utérin est complètement dilaté; les bords sont effacés. La poche des eaux bombe fortement pendant les contractions; on la rompt alors, puis on introduit la main droite soigneusement graissée de vaseline au sublimé jusque dans l'utérus. M. Lefebvre va à la recherche des pieds et ramène le pied gauche jusqu'en dehors de la vulve; le talon est dirigé en arrière et en haut, le bord interne dirigé à gauche et en avant. Les battements du cœur sont bons.

A 6 h. 15, douleurs efficaces. On tire sur le membre inférieur gauche ; on dégage ainsi la cuisse ; le membre inférieur droit reste fléchi le long du tronc, puis ce dernier est dégagé à son tour. Le tronc, saisi à pleine main, est dégagé à son tour, pendant qu'un aide placé sur le lit de la femme fléchit la tête de l'enfant et l'engage. La tête franchit le détroit supérieur.

Tournant ensuite le tronc, de telle sorte que l'épaule droite soit postérieure, on le dégage ainsi que l'épaule. On dégage identiquement le membre supérieur gauche. Le tronc est alors ramené de telle sorte que la colonne vertébrale vienne en avant et que l'occiput réponde à la symphyse pubienne. On pratique ensuite la manœuvre de Mauriceau en relevant le dos de l'enfant sur le ventre de la mère. On ménage à l'air un libre accès jusqu'à la bouche de l'enfant qui fait des efforts d'inspiration et dont le cordon ne bat plus. Enfin contractions utérines énergiques et dégagement de la tête.

On pratique immédiatement la ligature et la section du cordon; l'enfant est très fatigué, néanmoins les battements du cœur sont encore perceptibles.

On débarrasse alors le conduit laryngo-trachéal des mucosités qui l'obstruent et on pratique l'insufflation bouche à bouche. Au bout de dix minutes se manifestent des respirations spontanées, d'abord très espacées. On frictionne l'enfant avec de l'alcool étendu d'eau, et on l'enveloppe dans une alèze chaude; on lui fait prendre ensuite un bain sinapisé. Les respirations se rapprochent; quelques cris se manifestent, mais accompagnés de rhonchus trachéaux, puis la respiration devient plus nette et plus facile. Enfin l'enfant pousse des cris énergiques.

Pendant ce temps, le placenta a été expulsé : d'abord de l'utérus, puis des voies génitales utérines, et la délivrance est terminée à 7 heures.

On donne alors une injection intra-utérine, et on explore le vagin et l'utérus ; on reconnait alors l'existence d'une déchirure vagino-périnéale. On suture au catgut les parties déchirées en plaçant 2 fils sur la portion vaginale, puis 3 sur la portion périnéale.

Dans la soirée, l'accouchée éprouve à plusieurs reprises un sentiment de défaillance, qui est même suivi une seule fois de perte complète de connaissance.

On lui fait une injection d'éther et on lui prescrit une potion cordiale.

Au quinzième jour, elle sort guérie et bien portante avec son enfant.

Obs. III. — Le 2 mai, M. Pinard a fait prier M. Champetier de Ribes de venir dans son service placer un des ballons qu'il emploie pour provoquer l'accouchement prématuré.

Il s'agit d'une secondipare qui est enceinte de huit mois et demi. Le premier enfant, peu volumineux, est né vivant, à terme. Cependant, quand cette femme est venue à la consultation de l'hôpital, on a constaté un rétrécissement du bassin (diamètre promoto-pubien : 8 cent. 1/2 après déduction).

Le travail n'est pas encore commencé, ou plutôt il n'a pas débuté, malgré l'introduction d'un excitateur de M. Tarnier, qui a été expulsé sans résultat.

Les membranes sont intactes. La présentation est une O.I.C.A. On ne fait pas la version.

On introduit le ballon à onze heures du matin sans difficulté, sans que la femme soit chloroformée. Le gonflement est facile.

Pendant toute la journée, les bruits du cœur sont excellents.

Il n'y a pas de modification dans la présentation. Le travail s'est déclaré à 1 heure de l'après-midi. L'expulsion spontanée du ballon a lieu à 6 heures du soir. A 8 heures, la femme accouche spontanément d'un enfant vivant et bien portant, venant par le sommet, sans aucune complication.

Dans les trois observations, plusieurs points nous paraissent devoir être remis en relief.

Dans les deux premiers cas, on crut devoir tranformer la présentation pour éviter des procidences du cordon. Cette dernière manœuvre devra par la suite être abandonnée le jour où il sera possible d'avoir un ballon à grosse extrémité concave pour recevoir le sommet de la tête.

Une fois le ballon placé, le travail commença presque aussitôt et se termina, chez nos deux primipares, en un temps très court. Chez la secondipare, le travail ne débuta que deux heures après l'introduction du ballon, mais, aussitôt commencé, la travail s'accéléra et se termina rapidement.

Chez nos deux primiparee, après l'extraction du tronc et des épaules, les seules difficultés qu'on ait éprouvées pour l'extraction de la tête sont localisées au niveau du col, dont la dilatation n'est suffisante que pour le tronc et ne sont pas causées par le rétrécissement du bassin. Ce sont les mêmes

difficultés que dans les accouchements par le siège chez les primipares.

Le ballon n'est expulsé que lorsque la voie est frayée pour la tête fœtale, pour les instruments ou pour les mains de l'accoucheur.

Le diamètre réel (0m,07) de la partie la plus large du ballon employé pourrait paraître insuffisant, la dilatation obtenue est pourtant bien près d'être complète, puisque le ballon ne sort pas de façon à ce que le col soit perpendiculaire à son axe, mais qu'au contraire, au moment où le ballon est sur le point de sortir du col, il est embrassé par celui-ci suivant une obliquité qui rend nécessaire une dilatation plus considérable, la section oblique d'un cylindre ayant un grand axe plus long que tous les diamètres des sections perpendiculaires à l'axe du cylindre.

Chaque fois que l'on a introduit le ballon, il est sorti spontanément ou à la suite de tractions, sans qu'on l'ait dégonflé, à travers les parties génitales externes. On obtient aussi par ce procédé avant l'accouchement, une ampliation utile des parties génitales externes.

On peut dire que, dans les cas où l'on a employé le ballon, l'accouchement simple a été transformé en un accouchement gémellaire dans lequel le premier fœtus devait être réduit à la tête, tête dont le volume est connu.

On ne peut assimiler le procédé que nous avons décrit à celui d'un accouchement forcé. Le ballon introduit grâce à sa consistance joue le rôle d'une poche des eaux active. La dilatation obtenue, pour être provoquée, n'en est pas moins physiologique, puisqu'elle est amenée par les contractions utérines.

Pendant la durée du séjour du ballon dans l'utérus, il n'y a eu, dans aucun cas, de changement de position.

Dans les deux cas où le siège avait été amené en bas, il n'y a pas eu de procidence du cordon.

Dans l'observation que nous avons recueillie à Lariboisière, dans le service de M. le docteur Pinard, où l'enfant se présentait par le sommet, il n'y a pas eu de procidence du cordon.

Nous devons dire que, dans deux cas analogues, deux procidences du cordon avaient occasionné la mort du fœtus.

C'était donc pour éviter cet accident que la version podalique par manœuvres externes a été tentée avec succès.

Avec des ballons d'un volume encore plus considérable, il est à espérer que le défaut de dilatation du col ne mettra plus obstacle pendant aussi longtemps à l'issue de la tête. Avec des ballons à concavité supérieure, la tête, bien fixée, s'engagerait seule et sans procidence.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Sur la technique des injections hypodermiques d'ergotine.

I. Sur la technique des injections d'ergotine, par le docteur L. Bumm. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1887, nº 28, p. 441.) — II. Sur les précautions a prendre pour rendre les injections d'ergotine indolores, par le docteur B. Lilienfeld. (*Ibidem*, 1887, nº 40, p. 774.) — III. Sur la technique des injections hypodermiques d'ergotine, par le docteur F. Engelmann. (*Ibidem*, 1888, nº 1, p. 3.) — IV. Idem, par A. Schucking. (*Ibidem*, 1888, nº 8, p. 114). — V. Idem, par E. Bumm. (*Ibidem*, 1888, nº 22, p. 354.)

L'administration des médicaments par la voie hypodermique expose à des inconvénients bien connus : il s'agit de l'irritation locale que le liquide injecté peut exercer sur les tissus avec lesquels il vient en contact. Cette irritation (ce mot étant pris ici dans son sens le plus étendu) peut être fomentée par des micro-organismes pathogènes, en suspension dans la solution médicamenteuse, d'où la nécessité de s'astreindre minutieusement aux règles de l'antisepsie, chaque fois qu'on pratique une injection sous-cutanée. Elle peut tenir aussi à la nature même de l'agent médicamenteux employé ou de ses produits de décomposition. Tel paraît être le cas pour certaines préparations d'ergotine. L'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine s'est beaucoup répandu dans la pratique gynécologique. On devait dès lors se préoccuper de rendre ces injections aussi inoffensives, aussi peu irritantes que possible, et c'est ce qui a eu lieu.

Je rappellerai en passant qu'on a en France proposé d'atteindre le but en question par un choix convenable du véhicule — glycérine, eau laurier-cerise, additionnées d'acide lactique, d'acide salycilique, huile de vaseline. En Allemagne, d'autres moyens ont été proposés, ainsi qu'il résulte d'une polémique récente, dont nous allons rendre compte.

I. Tout d'abord, M. Bumm, il y a environ un an, a mis la question sur le tapis en formulant les règles suivantes comme indispensables à observer lorsque l'on se propose d'instituer un traitement par les injections d'ergotine et qu'on veut épargner au malade des suites fâcheuses, telles que douleurs violentes, indurations, abcès, etc., au siège des piqûres :

S'abstenir de pratiquer les injections dans la paroi abdominale, et choisir comme lieu d'élection la région fessière.

Pousser le liquide directement dans la masse des muscles fessiers, et pour cela, enfoncer le petit trocart de la seringue de toute sa longueur, dans une direction perpendiculaire à la peau.

Employer de l'ergotine épurée par voie de dialyse.

M. Bumm accorde la préférence à l'ergotine dialysée de Wernich.

Employer des solutions aqueuses dont le titre ne dépasse pas 10 0/0 et de préférence des solutions à 5 0/0, solutions rendues parfaitement limpides par un filtrage préalable, et neutralisées par l'addition d'une quantité convenable de carbonate de soude. Cette addition n'enlève à l'ergotine rien de son efficacité, à condition que le liquide présente une réaction neutre, à condition qu'on n'aille pas jusqu'à l'alcalinité. Elle a pour but, suivant M. Bumm, d'éliminer la principale des causes qui rendent les injections d'ergotine si douloureuses.

II. A propos de cette publication, M. Lilienfeld a fait savoir que, sans s'astreindre aux précautions édictées par M. Bumm, et dont il ne méconnaît pas la valeur, il a pratiqué à plusieurs reprises de 50 à 100 injections sous-cutanées d'ergotine chez un même patient, sans jamais avoir observé de phénomènes d'irritation locale, subjectifs ou objectifs; ainsi, chez une femme de quarante-quatre ans, en traitement pour un myome de l'utérus, et à laquelle M. Lilienfeld a fait, dans l'espace de quatre mois, 140 injections, sans que la malade ait eu l'occasion d'émettre la moindre plainte.

L'auteur attribue ces résultats si favorables à ce qu'il prépare sa solution d'ergotine aussitôt avant le moment de l'injection; comme véhicule, il se sert indifféremment d'eau distillée ou d'eau de fontaine. Il opère le mélange dans la seringue même. Quand on se sert d'une canule à la fois très propre et très acérée, et qu'on procède comme il vient d'être dit, des phénomènes d'irritation locale ne sont à craindre qu'autant que le petit trocart atteint un rameau nerveux sensitif, ou que le liquide pénètre, en partie ou en totalité, dans l'épaisseur de la peau.

Ces accidents sont plus faciles à éviter quand on choisit pour lieu d'injection les régions latérales et postérieure du tronc; il faut naturellement enfoncer le trocart à une profondeur suffisante.

III. M. Engelmann adopte le même point de vue. A l'en croire, toutes les précautions indiquées et réclamées par M. Bumm sont superflues. Le choix de la région dans laquelle on pratiquera les injections d'ergotine est chose assez indifférente; dans tous les cas, il est inexact que les parois abdominales soient impropres à servir de lieu d'injection. Quand on se sert d'une solution d'ergotine *fraîche*, préparée immédiatement avant l'injection, celle-ci n'occasionnera qu'exceptionnellement des phénomènes de réaction irritative, et des phénomènes toujours sans gravité. L'acidité de la solution est sans influence sur l'apparition de ces phénomènes réactionnels; d'ailleurs, l'ergotine de Bombelon, deux fois dialysée, dont on se sert communément en Allemagne pour ces injections, n'est que très faiblement acide.

Les phénomènes de réaction locale qu'on observe parfois à la suite des injections d'ergotine dépendent exclusivement de la décomposition de la solution médicamenteuse, et cette décomposition est toujours prompte à survenir, ainsi que l'a établi M. Engelmann dans une précédente publication (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1886, n° 39).

Les agents antiseptiques qu'on a proposé d'ajouter aux solutions d'ergotine, dans le but d'empêcher leur décomposition, n'atteignent pas ce résultat. Pour peu que l'ergotine soit mise en suspension dans de l'eau qui contient des microbes — et cela est souvent le cas pour l'eau distillée — la décomposition du liquide médicamenteux s'effectue en l'espace de quelques heures. Il est donc indispensable de préparer la solution au moment de s'en servir, et de la préparer avec de l'ergotine pure. On peut alors injecter une solution très concentrée, à 500/0, sans avoir à craindre des suites fâcheuses locales.

Contre M. Bumm, M. Engelmann soutient qu'au point de vue général du traitement, il n'est pas indifférent d'injecter des solutions d'ergotine fortes ou faibles. D'abord, la fréquente répétition des piqûres n'a jamais rien d'agréable pour les malades. En second lieu, l'auteur estime que dans les cas de myomes utérins notamment, il y a avantage à ce que le principe médicamenteux injecté ne soit pas résorbé trop rapidement, comme il arrive pour les solutions faibles.

Enfin, à titre de preuve de l'indolence du procédé qu'il préconise, M. Engelmann mentionne que ses malades s'habituent en peu de temps à se faire eux-mêmes les piqûres. Voici comment l'auteur recommande d'agir:

La même seringue, ou du moins la même canule, ne devra servir que pour un seul malade; il faudra de temps à autre changer la canule, pour remédier à l'inconvénient de l'émoussement de la pointe. Flambage préalable de la canule, avant de pratiquer l'injection. Lavage soigneux de la seringue, avec une solution phéniquée. On enlève ensuite la canule; on aspire la quantité d'ergotine qu'on veut injecter et on ajoute de l'eau distillée pour achever de remplir la seringue. On fixe de nouveau sur celle-ci la canule, qu'on lave encore une fois avec la solution phéniquée, après avoir expulsé l'air que peut contenir l'instrument. Puis on frictionne avec un linge imbibé de la solution phéniquée la région où on se propose de faire la piqûre, et on enfonce la canule de la seringue jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. On dévisse la seringue, on applique le linge phéniqué sur la canule, qu'on retire ensuite lentement, protégée par ce revêtement antiseptique.

IV. M. Schücking a profité de l'occasion pour rappeler qu'il a préconisé depuis longtemps (voir *Berliner klin. Wochenschrift*, 1883, n° 27), pour le traitement des myomes de l'utérus, un mode d'application des injections d'ergotine, qui met les malades à l'abri de toutes suites fâcheuses ultérieures et qui se distingue par sa grande efficacité. Ce procédé repose sur les préceptes suivants:

Désinfection rigoureuse de la seringue;

Injection directe du liquide dans la lèvre antérieure ou dans la lèvre postérieure du col de l'utérus;

Choix du liquide: Ergotine de Bombelon, injectée en nature, sans addition d'eau, et à raison de un quart ou un tiers de seringue par injection;

Le trocart de l'instrument ne devra pas être enfoncé à plus d'un demi, au plus 1 centimètre de profondeur dans le tissu du col; on le laissera en place pendant quelques secondes.

On a cité des cas où l'emploi de ce procédé a donné lieu à des accidents consécutifs. La preuve est acquise, au dire de M. Schücking, comme quoi, dans ces cas, la masse médicamenteuse avait été poussée jusque dans le corps de l'utérus ou jusque dans l'épaisseur du fibrome; or, il importe d'éviter que les choses se passent de la sorte. Même quand le néoplasme est très profondément situé, il faut pratiquer les injections dans la portion superficielle du col.

Incidemment, l'auteur signale que les injections de teinture d'iode et de liqueur de Fowler, pratiquées suivant les règles sus-dites, donnent des résultats souvent très remarquables dans des cas de sub-involution de l'utérus, d'atonie de cet organe, d'érosions et d'hypsrplasie du col; voire que cette médication pourra, dans certains cas, dispenser de recourir à l'amputation du col.

V. Réplique de M. Bumm aux critiques de M. Engelmann:

Alors même que l'on emploie des solutions d'ergotine fraîchement préparées, il est préférable d'injecter le liquide dans la masse des muscles fessiers, car si, par hasard, les phénomènes de réaction locale viennent à se manifester, ils auront toujours une gravité moindre en cette région qu'à la paroi abdominale antérieure.

Il est facile de s'assurer que les injections sont plus douloureuses avec des solutions d'ergotine fortement acides qu'avec des solutions dont l'acidité a été neutralisée.

L'expérience démontre également que le degré de concentration des solutions d'ergotine injectées dans les tissus a une certaine influence sur l'apparition de phénomènes réactionnels. Lorsqu'on parle de solutions d'ergotine à 50 % ou d'ergotine *pure*, injectées dans les tissus sans que des accidents

locaux s'en soient suivis, cela ne saurait s'appliquer qu'à l'ergotine dialysée de Bombelon. Or, cette préparation renferme 75 0/0 d'eau. Une solution à 50 0/0 ne contient donc que 12,5 p. 100 d'extrait médicamenteux, de même que la préparation elle-même ne renferme que 25 0/0 d'extrait.

M. Bumm accorde d'ailleurs que, même après addition de substances antiseptiques, les solutions d'ergotine s'altèrent, se décomposent avec une grande rapidité. De toute cette discussion, il résulte donc qu'il est indispensable de n'employer, pour les injections hypodermiques et intra-parenchymateuses d'ergotine, que des solutions préparées extemporanément.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie de guerre, par E. Delorme, professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre au Val-de-Grâce. T. Ier, 1 vol. in-8°, avec 93 figures dans le texte et une planche en chromolithographie. — Alcan, éditeur, Paris, 1888.

On ne saurait trop se pénétrer de ce fait que la chirurgie d'armée constitue une véritable spécialisation. Si elle est, de toutes, celle qui conserve avec la chirurgie générale les liens les plus étendus, si elle lui emprunte une partie de ses doctrines, de ses enseignements, elle n'en garde pas moins son fonds propre, elle n'en affirme pas moins son individualité. Sa pathologie roule sur une variété de traumatismes d'une nature particulière, incessamment modifiés par l'armement et les opérations militaires; sa thérapeutique, influencée par les circonstances, comporte des procédés sans analogie avec ceux de la chirurgie civile. Il convient donc que chacun de ceux qui seront appelés, à l'heure suprême, à aller porter sur le champ de bataille l'expression la plus noble, la plus élevée de l'assistance humaine, soient familiarisés avec les indications spéciales des fonctions qu'ils auront à remplir. Basé sur la tradition et l'expérimentation, le traité de M. Delorme sera un des guides les plus sûrs; restant pour beaucoup le complément d'une éducation antérieure, il remplacera pour le plus grand nombre un enseignement dont le besoin pourrait se faire vivement sentir. Complet en deux volumes, le premier seul a déjà paru et comprend deux parties bien distinctes : l'une est consacrée à l'histoire de la chirurgie militaire française depuis l'emploi de la poudre à canon jusqu'à nos jours, l'autre traite des plaies par armes à feu des parties molles.

Jusqu'à la seconde partie du XVIe siècle, nos troupes sont en majeure partie composées de mercenaires qu'encadre la noblesse à tous les degrés hiérarchiques. Malgré les efforts de Charles VII, de François Ier, d'Henri II, si bien secondé par le duc de Guise, l'armée nationale n'est réellement constituée que sous Henri IV. C'est à cette époque aussi que naît la chirurgie militaire. Jusque-là, l'assistance sur le champ de bataille n'avait été partiellement assurée que par des chirurgiens de titres et de qualités divers, sans attaches avec l'armée, relevant des seuls grands chefs de troupe qui les prenaient à leur solde et dont Ambroise Paré nous est le plus grand type. Si de son temps déjà les préparatifs des combats laissaient pressentir l'utilité des ambulances, il faut arriver cependant après lui pour voir les bienfaits de la chirurgie se répartir non sur des personnalités, mais sur des masses de blessés. Pour la première fois, au siège d'Amiens, Sully fait fonctionner un hôpital ambulant, et c'est encore Sully qui, neuf ans plus tard, ouvre, sous le nom de Maison-Royale ou de Charité-Chrétienne, un hôtel pour servir de lien de retraite aux militaires blessés ou infirmes durant leur vieillesse. Sous Louis XIII, le service sanitaire prend de nouveaux développements encore accrus pendant les nombreuses guerres du grand siècle. En ce temps, dit Percy, tout chirurgien habile et de réputation avait servi aux armées, c'est l'époque où la chirurgie militaire française, éclipsant toutes les autres, brille du plus vif éclat. Et notre organisation scientifique et militaire allait encore atteindre un tel degré de perfection pendant le règne de Louis XV, que les périodes suivantes n'auraient plus à lui apporter que des modifications de détail. Citons en passant l'institution du Comité consultatif de santé, la réglementation du service sanitaire à l'intérieur et en campagne, la création de l'Académie de chirurgie, qui compte parmi ses membres fondateurs la plupart des personnalités marquantes de la chirurgie militaire.

Puis vient cette époque de guerres que les rois coalisés entreprennent, moins pour défendre ou venger Louis XVI que pour étouffer les principes du nouvel ordre social jetés dans le monde par la Révolution. La France rompt et détruit le cercle de fer qui l'étreint et c'est sur de vastes champs de carnage que s'exerce pendant vingt-trois ans notre chirurgie, dirigée par les Heurteloup, les Percy, les Larrey. C'est ce dernier qui, à l'armée du Rhin, ayant vu des blessés tomber aux mains de l'ennemi, eut l'idée d'organiser les ambulances volantes analogues à nos postes de secours et à nos ambulances divisionnaires.

Signalons enfin plus près de nous l'ère illustrée par les Baudens, les Scrive, les Sédillot. Les enseignements de l'Algérie, de la Crimée, de l'Italie n'ont pas encore été entendus quand arrive la désastreuse guerre de 1870. Ici se constatent mêmes embarras au début, même imprévoyance dans la préparation, même indécision et même incompétence dans la conduite des établissements sanitaires, en somme, mêmes errements que par le passé, d'autant plus cruellement sentis que la fortune nous était infidèle. Ces tristes expériences avaient surabondamment démontré les déplorables inconvénients de la suprématie de l'Intendance, et l'opinion publique, suffisamment fixée, réclamait pour le corps de santé l'autonomie que lui avait déjà accordé la première République. On sait la haute lutte qui s'engagea, les résistances intéressées qu'il fallut vaincre pour aboutir à la loi du 16 mars 1882.

Nous nous sommes borné à esquisser par un seul côté l'histoire du corps de santé militaire. Il y aurait grand intérêt à la reprendre pour suivre l'auteur dans l'exposé parallèle qu'il nous fait du progrès des idées et des méthodes chirurgicales. Nous y trouverions Maggi observant et signalant, il y a plus de trois cents ans, les fractures indirectes par coup de feu; Belloste insistant sur la découverte poussée aux dernières limites dans les traumatismes de la main; Louhet décrivant les caractères particuliers que le scorbut, la vérole, l'alcoolisme, les cachexies diverses, la vieillesse impriment aux blessures de guerre. Et dans un autre ordre d'idées nous y verrions le comte de Stain, pour les Anglais, et le maréchal de Noailles, pour les Français, conclure dès 1743, pendant la campagne de Flandre, une convention pour la neutralisation

des blessés et l'inviolabilité des ambulances. Mais nous avons hâte de dire quelques mots des plaies par armes à feu.

Cette seconde partie de l'ouvrage est précédée de la description des diverses armes de guerre, défensives et offensives. Les plus vulnérantes de ces dernières sont les armes à feu portatives on non portatives. La connaissance de leur calibre, du poids, du diamètre, des vitesses initiales et restantes des projectiles est nécessaire au chirurgien qui vondra apprécier, dès le début d'une guerre, le caractère de gravité des blessures pour arrêter en connaissance de cause les règles préalables de son intervention. La détermination exacte de la force vive que possède la balle du fusil Gras aux divers instants de sa course a permis à l'auteur de se livrer à des expérimentations fécondes. Si avant lui et surtout avec les armes lisses, dont la portée était relativement faible, on avait pu reproduire sur le cadavre les lésions communément observées sur le champ de bataille, il n'en était plus de même depuis l'adoption des armes rayées, à portées si grandes, en raison de l'impossibilité où l'on était de s'éloigner suffisamment du sujet pour réaliser les conditions du tir de combat. Le capitaine Jaricot est venu aider à la solution du problème en précisant dans une courbe spéciale, que l'on trouve dans l'ouvrage, le poids de la poudre nécessaire pour produire, à la distance invariable de 12 mètres, tous les effets susceptibles d'être observés. Tandis qu'à la guerre la charge de poudre est la même, que la distance seule varie, ici c'est cette dernière qui est fixe, le poids du corps déflagrant étant au contraire constamment variable. Un simple coup d'œil jeté sur le tracé nous montre en effet que pour obtenir à 12 mètres l'effet produit à la guerre sur le même sujet à la distance de 450 mètres, il faut 2g,50 de poudre, qu'avec 1g,71 1g,28, 1 gr., on les effets successivements produits à 700, 1,200 et 1,800 mètres par une balle lancée à pleine charge. Ce procédé ingénieux et qui est appelé à tenter les expérimentateurs en ce qu'il permet de reproduire en champ clos toutes les plaies que la balle du fusil est susceptible de produire, a été largement mis à profit par M. Delorme, il lui a permis de contrôler et d'étudier certains points de chirurgie de guerre et d'aborder entre autres sujets l'étude des orifices d'entrée et de sortie des projectiles dans les parties molles, de décrire avec le plus grand soin les blessures des vaisseaux et des os.

Nous devons terminer ici ce compte rendu déjà trop long en appelant l'attention sur le style naturel et sobre de l'auteur, sur ces jugements précis, parfois sévères, mais toujours motivés, sur l'opportunité d'une œuvre appelée au plus franc succès et qui constitue un véritable monument élevé à la chirurgie militaire.

Ch. Amat.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les stations d'eaux minérales du centre de la France. — La Caravane hydrologique de 1887 (1), par le docteur de Pietra Santa et A. Joltrain.

Sous ce titre, la Société française d'hygiène vient de publier un intéressant volume sur la Caravane hydrologique qu'elle avait organisée au mois de septembre dernier, pour permettre aux médecins de visiter les stations d'eaux minérales du centre de la France.

L'ouvrage se divise en trois chapitres : le premier comprend la partie scientifique et les considérations générales sur la valeur thérapeutique des eaux et la climatologie; le second contient le récit de l'excursion ; dans le troisième figurent les conférences faites dans chaque station par les médecins-inspecteurs et consultants.

C'est un livre écrit avec impartialité. Il sera consulté avec profit par tous les médecins et lu avec intérêt par les malades et les touristes.

Ce n'est d'ailleurs que le commencement d'une série. La Société française d'hygiène doit, en effet, organiser chaque année une caravane analogue, de façon à permettre aux médecins de visiter toutes les stations de la France. L'excursion, cette année, sera faite dans les Vosges.

C'est la création d'un véritable cours d'hydrologie sur place, qui fait encore défaut dans nos Facultés de médecine.

(1) Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, et Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Des diurétiques dans les affections du cœur. — La thérapeutique actuelle pourrait se dénommer thérapeutique à l'électricité ; nous sommes encombrés de nouveaux médicaments à tel point que déjà trois journaux nouveaux ont pour seul titre la nomenclature des médicaments découverts.

Or, j'affirme qu'il est absolument impossible d'avoir présent à la mémoire, la posologie, la formule et même le nom du médicament qui chaque jour nous est offert comme panacée universelle. « Hâtons-nous de nous en servir le jour où il est bon et passons ».

Certes, à notre époque, nous devons faire preuve d'une érudition encyclopédique très grande ; nous devons (passez-moi l'expression) être « à la hauteur », mais cependant pourquoi oublier les faits cliniques reconnus et avérés et pourquoi ne pas nous souvenir que bien des médicaments, avant la *Chimiatrie actuelle* (expression de M. le professeur Péter) ont guéri des malades d'une façon rationnelle et d'accord avec les lois de la physiologie et de l'anatomie pathologique ? Pour ne parler que des affections du cœur, nous avons un tel nombre de substances qu'il est difficile de faire un choix judicieux.

Il est vraiment temps de faire revivre un médicament trop oublié aujourd'hui, nous voulons parler des pointes d'asperges qui ont rendu de si grands services dans les affections du cœur et de la poitrine. Qui de nous peut contester l'autorité des maîtres, tels que : *Andral, Bouchardat, Broussais, Trousseau, Pidoux*, etc. ; notre école actuelle est et sera toujours tributaire de ces génies de la médecine. Ces éminents professeurs on écrit de nombreux travaux et ont observé attentivement les propriétés des pointes d'asperges (1); ils ont tous conclu à l'emploi constant de ce médicament dans toutes les affections du cœur.

L'asperge sauvage (*asparagus amara*), dont les pointes seules sont actives, est un temporisateur de la circulation, et par cela même facilite la diurèse. Elle ont une action sédative très marquée sur les contractions du cœur, à la manière de la digitale,

(1) Gazette des hopitaux civils et militaires, tome vii, 6e année, n° 41. — La Gazette médicale de Paris, tome ii, n° 22, etc. — Annales de médecine physiologique, 8e année, n° 7, etc. — La Lancette des hopitaux, 4e année, tome v, n° 13, 55, etc. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 4e année, tome ii (avril). — Gazette de santé, tome i, n° 4. — *Compte rendu de la séance de l'Académie royale de médecine*, M. Martin-Solon, rapporteur (Gazette des hopitaux, 6e année, n° 41, tome vii).

mais c'est plutôt comme diurétiques qu'elles agissent, et les observations suivantes en sont une démonstration.

Observations I. — A l'hôpital Beaujon, nous avons fréquemment employé le *Sirop de Johnson* et nous l'avons vu abaisser d'une manière très notable le nombre des *battements de cœur* dans les *Palpitations nerveuses*, dans les cas d'*Hypertrophie*. Nous avons également, ainsi que de nombreux praticiens, constaté l'effet diurétique de ce sirop dans plusieurs *Hydropisies*; nous en avons donné jusqu'à 125 grammes par jour (six cuillerées à bouche) sans aucun inconvénient (1).

Obs. II. — Mme Dum..., atteinte de symptômes d'*Hypertrophie du cœur*, de *Maux de tête*, de *Toux opiniâtre*, de *Dyspepsie*, d'*Œdème* du membre abdominal droit, est soulagée par le *Sirop de Johnson*. Elle cesse son usage, retour des accidents; on revient au sirop, amélioration nouvelle, puis guérison (2).

Obs. III. — Mlle P...., d'une constitution altérée par plusieurs maladies, est atteinte d'une irritation générale, avec toux sèche opiniâtre qui prend le caractère d'une *Pneumonie*. M. le professeur Devergie combat avec succès cette *Phlegmasie*, mais il reste des palpitations continuelles et une toux fatigante avec retour d'accès pendant la nuit; le *Sirop de Johnson*, employé pendant trois jours suffit pour dissiper cet état chez cette malade éminemment nerveuse (3).

Obs. IV. — Mme la marquise de B...., trente-six ans, est d'abord soulagée puis guérie d'une *Hypertrophie du cœur*, de violentes palpitations, de battements nerveux dans la tête et de refroidissements des extrémités inférieures, par l'usage du *Sirop de Johnson*, qu'elle continue pendant assez longtemps (4).

Obs. V. — A l'hôpital de la Pitié, M. le professeur Andral débarrasse des malades de toux nerveuses opiniâtres et fatigantes, suite d'affections inflammatoires, par quelques doses de *Sirop de Jonhson*, qui suffisent pour obtenir ce résultat (5).

Obs. VIII. — Le docteur Lherminié, médecin de l'hôpital de la Charité, a employé le *Sirop de Jonhson* chez un homme atteint d'une affection du cœur et *Leuco-Phlegmasie*. La guérison a eu lieu par une augmentation notable de la sécrétion urinaire, ce qui n'avait pu être obtenu par les autres diurétiques (6).

L'efficacité du Sirop de Jonbson, préparé spécialement suivant les indications du professeur Broussais, a attiré l'attention du monde savant, et par un *Décret royal* il a été placé au nombre des médicaments usités dans les hôpitaux.

La dépression énorme qu'il imprime aux phénomènes de la circulation rend donc le *Sirop de Johson* urgent dans les cas fréquents où la diurèse devient indispensable. Il a l'immense avantage de n'être point tonique, puisque sa dose peut être portée à 150 gr. par jour. En résumé, l'usage qui en a été fait depuis Broussais dans toutes les maladies du cœur, des bronches et des poumons n'a fait que confirmer le témoignage émis déjà par une foule de maîtres illustres dont nous avons rappelé les noms.

Dr Jules Noel.

(1) Communication du docteur Martin Solon, rapporteur de la Commission de l'Académie de médecine.

(2) Observation du docteur Serres, membre de l'Institut. (Gazette des hôpitaux, t. V, no 13.)

(3) Observation du professeur Devergie. (Gazette des hôpitaux, 10e année, t. XI, no 22.)

(4) Observation du professeur Broussais. (Lancette française, t. IV, no 54.)

(5) Observation du professeur Andral. (Gazette des hôpitaux, 4e année, t. V, no 57.)

(6) Observation du docteur Lherminie. (Lancette française, t. V, no 55.)

NOTES & INFORMATIONS

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris. — La seconde session triennale du Congrès international d'hydrologie et de climatologie se tiendra à Paris en 1889, au commencement du mois d'octobre. La date précise de la réunion sera ultérieurement fixée.

Le comité chargé d'organiser ce Congrès est ainsi composé :

MM. E. Renou, Danjoy, F. de Ranse, Caulet, Fines, Japhet, Lemoine, Leudet, Piche, Poincarré, Tillot, Schlemmer.

Le Comité est entré en fonctions et fera connaître plus tard le programme du Congrès.

Hydrologie scientifique. — 1o Des précautions à prendre pour la détermination précise de la température des sources thermales; 2o des micro-organismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux; 3o de l'influence des découvertes bactériologiques sur la thérapeutique thermale; 4o programme d'un enseignement de l'hydrologie.

Hydrologie médicale. — 1o Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux; 2o des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies chroniques du rein; 3o du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves; 4o du traitement hydrominéral dans la tuberculose osseuse et articulaire; 5o du traitement hydrominéral et des bains de mer chez les enfants; 6o des étuves sèches et humides (technique et applications); 7o des douches locales en hydrothérapie.

Climatologie. — 1o Conditions qui doivent présider à l'installation d'un observatoire météorologique; 2o règles de la prévision du temps. — Organisation de l'annonce du temps dans les stations sanitaires; 3o climatologie des différentes stations sanitaires; 4o comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques; 5o de l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine; 6o de l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses; 7o programme d'un enseignement de la climatologie.

Le Comité rappelle que le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents nationaux et étrangers.

Les membres adhérents nationaux et étrangers sont soumis à une cotisation de 12 francs.

Les communications ou demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, M le docteur de Ranse.

— La Société d'ophthalmologie de Paris s'est définitivement constituée, le 12 juin, dans une seconde réunion préparatoire, tenue à la mairie du XIe arrondissement. Trente-cinq membres se sont fait inscrire. Trente sont membres fondateurs, les cinq autres, auxquels leur qualité d'étranger ne permettait pas d'accorder le titre de fondateur, ont été nommés membres titulaires.

Le bureau de la nouvelle Société est constitué comme il suit :

Président, M. Chevallereau; vice-président, M. Chauvel; secrétaire général M. Gorecki; secrétaires annuels, MM. Valude et Despagnet; bibliothécaire-archiviste, M. Hubert; trésorier, M. Duboys de la Vigerie.

— La Société de biologie vient de charger une Commission, composée de son bureau et de MM. Marey, Ch. Richet et d'Arsonval, d'étudier les voies et moyens d'arriver à la réunion d'un Congrès de physiologie à Paris, en 1889.

— Dans sa séance du 13 juin, le Conseil municipal de la ville de Paris a été appelé à délibérer sur le rapport de MM. Bompard et Paul Brousse, tendant au *mode de substitution de l'eau de Seine à l'eau de source à Paris.*

Le résultat de cette délibération a été que : les cinq zones sont

maintennes et que la durée maxima de la substitution dans chaque zone de l'eau de Seine à l'eau de source sera de vingt jours.

Association des secours mutuels des médecins du Haut-Rhin. — Comme leurs confrères du Haut-Rhin (aujourd'hui Basse-Alsace), les médecins du Haut-Rhin ont refusé d'accepter les conditions qui leur étaient imposées par l'Allemagne. Par 47 voix contre 3, ils ont décidé qu'ils préféraient dissondre l'Association, qui prospérait depuis cinquante ans. Le capital social dont ils disposaient a été légué à l'hôpital civil de Colmar à condition qu'il servirait aux veuves et aux orphelins des anciens sociétaires les pensions auxquelles ils avaient droit jusqu'à leur mort.

Ainsi se trouve définitivement consommée l'œuvre que l'administration prussienne a poursuivie avec tant de rigueur. Il n'existe plus en Alsace-Lorraine ni Société de médecine, ni Association de secours mutuels pour les médecins.

Congrès. — Le second Congrès de la Société allemande de gynécologie, qui vient de se tenir à Halle, se réunira de nouveau l'année prochaine à Fribourg.

Les fêtes de l'Université de Bologne. — Les manifestations dont les étudiants français de Paris, délégués par leurs camarades au centenaire de l'Université de Bologne, viennent d'être l'objet méritent de ne pas passer inaperçues. C'est la première fois, depuis de bien longues années, que la jeunesse française est représentée à l'étranger dans une fête universitaire. Il y a là un fait de nature à donner joie et confiance à tous ceux qui se sont voués à la constitution, en France, de grands foyers d'enseignement supérieur et d'esprit national.

Aujourd'hui, elle est en Italie l'occasion d'une manifestation sympathique à la France. La délégation des étudiants français est arrivée à Bologne dimanche. Plus de six cents étudiants italiens l'attendaient à la gare. A peine débarqués, nos étudiants sortent de l'étui leur drapeau. C'est alors un enthousiasme indescriptible. Les délégués des étudiants allemands étaient là aussi; ils saluent de la rapière le drapeau des étudiants français. Puis on se met en marche aux cris répétés de : *Evviva la Francia!* Ce n'est pas assez; on dételle les chevaux des voitures qui portaient nos jeunes gens, et leurs camarades d'Italie se mettent à les traîner. Bologne est une ville d'Italie où l'on se souvient de ce que l'on doit à la France.

Le lendemain, nos étudiants, respectueux du gouvernement du pays dont ils recevaient l'hospitalité, sont allés au-devant du roi avec les Italiens et les autres étrangers. Leur drapeau marchait en tête, avec le drapeau de Rome à droite et celui de Venise à gauche. A peine descendu de wagon, le roi l'a aperçu; il s'est avancé vers celui qui le portait et lui a exprimé sa joie de voir là des étudiants français. Puis le porte-drapeau s'est trouvé placé devant la voiture du roi, qui a fait son entrée précédé par nos couleurs.

(Temps)

R. F. D.

NOUVELLES

Concours pour l'agrégation des Facultés de médecine. — Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts :

Vu le statut du 16 novembre 1874;

Vu l'arrêté du 30 juillet 1887, portant révision du Concours d'agrégation des Facultés de médecine;

La section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique entendue;

Arrête :

Article premier. — Il sera ouvert à Paris, en 1888-1889, des concours pour 28 places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Faculté de Paris. — Section de médecine : pathologie interne et médecine légale, 5. — Section de chirurgie et accouchements : pathologie externe, 3. Accouchements, 1. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 1. Physiologie, 1. — Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 1. Pharmacie, 1. — Total, 12.

Faculté de Bordeaux. — Section de médecine : pathologie interne et médecine légale, 2. — Section de chirurgie et accouchements : pathologie externe, 0. Accouchements, 1. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 0. Physiologie, 0. — Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 1. Pharmacie, 1. — Total, 5.

Faculté de Lille. — Section de médecine : Pathologie interne et médecine légale, 2. — Section de chirurgie et accouchements : Pathologie externe, 1. Accouchements, 1. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 0. Physiologie, 1. — Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 0. Pharmacie, 0. — Total, 5.

Faculté de Lyon. — Section de médecine : Pathologie interne et médecine légale, 1. — Section de chirurgie et accouchements : pathologie externe, 0. Accouchements, 0. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 0. Physiologie, 1. — Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 0. Total, 2.

Faculté de Montpellier. — Section de médecine : Pathologie interne et médecine légale, 1. — Section de chirurgie et accouchements : Pathologie externe. 1. Accouchements, 0. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 0. Physiologie, 1. — Section des sciences physiques : Physique, 1. Chimie et toxicologie, 0. Pharmacie, 0. — Total, 4.

Art. 2. — Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 15 décembre 1888 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale);

Le 1er mars 1889 pour la section de chirurgie et accouchements;

Le 15 mai 1889 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Art. 3. — Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Loisnel. Etude sur le fibrome de la paroi abdominale antérieure. — M. Iman. Sur un cas d'asystolie aiguë par dilatation cardiaque.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888.

14. M. Lacarrière. Contribution à l'étude de la géographie médicale (souvenirs médicaux du poste de Hayes. Haut-Sénégal, 1885-1886. — 15. M. Bossuet. Recherches sur quelques points intéressant la topographie médicale de Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure).

16. M. Lacayre. De la syndactylie et de son traitement. — 17. M. Rey. Contribution à l'étude de quelques troubles intestinaux dans les affections utérines. — 18. M. Cardes. Contribution à la chirurgie des plaies pénétrantes du crâne par armes de petit calibre.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 10 AU SAMEDI 16 JUIN 1888.

Fièvre typhoïde 9. — Variole 8. — Rougeole 19. — Scarlatine 6. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup, 32 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 171. — Autres tuberculoses 30. — Tumeurs : Cancéreuses 35. — Autres 5. — Méningite 30. — Congestion et hémorr. cérébrales 41. — Paralysie 8. — Ramollissement cérébral 10. — Maladies organiques du cœur 45. — Bronchite aiguë 16. — Bronchite chronique 27. — Broncho-pneumonie 12. — Pneumonie 44. — Gastro-entérite : Sein 29. — Biberon 60. — Autres 7. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 19. — Suicides 22. — Autres morts violentes 2. — Autres causes de mort 161. — Causes inconnues 11. — Total de la semaine : 890 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS.

Traité des maladies des yeux, par le docteur X. Galezowski, professeur libre d'ophthalmologie à l'École pratique de la Faculté de Paris. — Troisième édition, revue et augmentée. Un volume in-8o de XVI-1030 pages, avec 483 figures intercalées dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traumatisme et névropathie, par le docteur Ch. Bataille. Un volume in-8o broché. — Prix : 4 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine; Paris.

Des modules des cordes vocales dites « modules des chanteurs, par le docteur Wagnier, de Lille. — Paris, O. Doin, 1888.

Manuel d'autopsie ou méthode de pratiquer les examens cadavériques au point de vue clinique et médico-légal, par Thomas Harris, professeur adjoint de pathologie à Owen's College, traduit sur la première édition anglaise et annoté par le docteur H. Surmont, chef de clinique délégué de la Faculté de Lille. — Bruxelles, A. Monceaux, libraire-éditeur, 1888.

Guérison rapide de l'entorse et du diastasis par l'application méthodique de la belladone, disparition presque instantanée de l'élément douleur, par M. J. Abeille, chevalier de la Légion d'honneur, ancien médecin ordinaire de l'hôpital du Val-de-Grâce et du du Roule, etc. Brochure in-8o de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La variole et le croup à Montluçon, par le docteur P.-M. Decbaux, de Montluçon. Un vol. in-16 de 141 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Les stations d'eaux minérales du centre de la France. — La caravane hydrologique de septembre 1887, par MM. docteur P. de Pietra Santa et A. Joltrain, président et secrétaire de l'excursion (Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lamy, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Néris, Châteauneuf, Châtel-Guyon, Royat, La Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire). — Paris, au bureau de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, et librairie Georges Carré, 1888.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. | N° 26 | 30 JUIN 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE

EXTIRPATION COMPLÈTE D'UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE. — SUTURE DU TISSU HÉPATIQUE. — GUÉRISON, par le docteur S. POZZI, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux (1).

Je n'ai pas pour but de préconiser l'extirpation des kystes du foie comme un procédé d'élection, destiné à remplacer l'incision et le drainage soit en un temps (procédé de Lindemann-Landau), soit en deux temps (procédé de Volkmann). Mais cette observation est un exemple des difficultés qui peuvent se présenter au chirurgien dans certaines circonstances déterminées, et des ressources qu'il peut alors trouver dans une opération en apparence téméraire dont les suites peuvent avoir une remarquable bénignité.

(1) Observation et malade présentés au Congrès français de chirurgie.

Marie G..., ménagère, 34 ans, entre à l'hôpital Pascal (annexe de Lourcine) pour une tumeur abdominale dont elle s'est aperçue il y a huit mois seulement, à la suite d'un deuxième acconchement, très régulier. Dans les derniers mois de sa grossesse, elle souffrait de douleurs vives au creux épigastrique, les digestions étaient pénibles ; il y avait même parfois des vomissements. Mais elle attribuait ces troubles à son état physiologique. Voyant après l'accouchement que son ventre demeurait volumineux, elle conçut de l'inquiétude. Les douleurs depuis lors sont constantes, mais surtout marquées le jour, dans la station debout ; elles empêchent tout travail. Pas de troubles gastriques notables.

On trouve au niveau du creux épigastrique, proéminant surtout à gauche et se prolongeant vers l'hypochondre, une tumeur résistante, élastique, non fluctuante, mate, mais ne présentant pas de frémissement à la percussion. Ses limites en sont très difficilement perçues par la palpation qui est douloureuse, mais l'étude attentive de la matité montre que c'est au niveau du rebord des fausses côtes gauches que la tumeur est le plus superficielle. Elle suit les mouvements d'inspiration et d'expiration du diaphragme. La matité hépatique normale n'est pas augmentée, et se continue avec la matité de la tumeur. On diagnostique un kyste hydatique du lobe gauche du foie. Dans les derniers jours d'octobre 1887, la tumeur est ponctionnée avec l'aspirateur Potain et donne issue à deux litres de liquide limpide où nagent une grande quantité de petites hydatides. La malade est tenue en observation. Un mois après, le kyste, qui s'était complètement affaissé, est de nouveau rempli. On se décide à opérer, et l'on se propose de procéder à l'incision et à l'excision d'une partie du kyste par le procédé en un seul temps.

Opération le 30 novembre 1887. Anesthésie. L'incision est

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

22 Juin 1888.

Les médicaments et la vogue. — La mode en thérapeutique. — Grandeur et décadence de la graine de lin. — Le secret médical à propos de la maladie et de la mort du deuxième empereur prussien d'Allemagne. — La lettre de Billroth. — Un guide pour la microphagie.

Que de médicaments dont on nous avait promis monts et merveilles n'ont pas eu un règne plus long que celui de l'empereur Frédéric III ! En vain l'on nous annonçait que, grâce à l'emploi de telle substance pharmaceutique, tels et tels malades obtiendraient, en face de leurs maux, une paix durable ! A peine quelques mois s'étaient-ils écoulés que les prétendus spécifiques étaient oubliés, parce qu'ils ne guérissaient plus.

Mais lorsqu'ils disparaissent de la scène du monde thérapeutique, nous devons l'avouer, ces spécifiques le font discrètement, timidement, sans bruit, sans fracas Ils s'effacent modestement, se laissent oublier sans prétendre à de solennelles funérailles.

« Hélas ! que j'en ai vu mourir de *panacées !* »

Pourrait dire aujourd'hui Victor Hugo, s'il vivait encore.

*
* *

Nous pouvons bien en convenir entre nous, médecins. Nous nous enthousiasmons bien facilement pour un remède ; il suffit pour cela qu'une bouche ou qu'une plume autorisée nous fasse connaître tel résultat heureux, inespéré, même merveilleux si vous voulez, obtenu dans tel cas des plus graves après l'emploi de tel remède, pour que de suite notre désir de bien faire ne monte en croupe du *post hoc ergo propter hoc*, pour nous pousser à suivre l'exemple Que si le hasard favorise l'un des imitateurs, la vogue du remède est au comble. Hurrah pour le médicament héroïque ! A lui nos hommages, à lui le grand prix !

Mais combien, par ce temps de *boulangisme*, semblent arriver bons premiers, qui ne résistent pas à une seconde épreuve ?

Et, en cette année même de l'hégyre clermontoise, n'aurons-nous pas à enregistrer l'insuccès de plus d'un médicament qui *s'est dé-*

faite sur la ligne médiane en partant de trois travers de doigt andessous de l'apophyse xyphoïde et aboutissant à l'ombilic. Dès que le péritoine est incisé, on aperçoit la face convexe du foie et l'on voit que l'ouverture tombe juste au niveau et un peu à gauche du ligament suspenseur du foie qui a été très refoulé à gauche. A ce niveau, le kyste est recouvert de substance hépatique; mais au-dessous, sur la face concave, le kyste est à nu, sa paroi est mince, bleuâtre. On le ponctionne et on retire un litre environ de liquide transparent, contenant des hydatides.

On cherche ensuite à attirer la poche à l'extérieur pour en exciser une partie et fixer le reste à la partie abdominale. Elle se déchire, et il est manifeste que cette manœuvre est impossible. On se décide alors à essayer de la détacher de ses adhérences au tissu hépatique et à l'extirper complètement, pensant que la base d'implantation relativement petite du kyste rendra cette manœuvre peu dangereuse.

On incise pour cela le péritoine au niveau des limites du kyste et procédant à l'énucléation comme pour un kyste du ligament large, on détache peu à peu la poche avec le doigt recouvert d'une serviette-éponge. Bientôt on est obligé de s'aider des ciseaux courbes maniés à petits coups; des vaisseaux veineux donnent du sang. On les dessèche au thermo-cautère Une artère volumineuse est liée; quatre autres plus petites cessent de couler après la compression des pinces. Pour décortiquer la partie supérieure, on doit inciser au thermo-cautère une languette de foie épaisse de deux centimètres. Enfin on arrive à enlever intacte la totalité de la poche. Le lobe gauche du foie présente à ce moment une large échancrure évasée inférieurement, irrégulière, légèrement cautérisée sur presque toute son étendue qu'on peut évaluer à celle de la paume de la main. Afin de diminuer l'étendue de cette surface suintante et pour diriger l'action protectrice des adhérences, le chirurgien songe aussitôt à réunir cette plaie très exactement à la partie inférieure, plus lâchement en haut, puis à fixer le tout à la partie abdominale en laissant à ce niveau un drain. C'est ce qui fut fait avec un surjet en catgut, passé sur les bords de la plaie hépatique, et comprenant seulement le revêtement péritonéal, plus résistant, avec une petite épaisseur du tissu hépatique. On reconstitue ainsi la forme de l'organe, et l'on répare la grande brèche de son bord inférieur. On fait la toilette exacte du champ opératoire et on referme la plaie abdominale. En passant au niveau du bord suturé du foie, on fixe le bord et la face convexe, de chaque côté de la suture hépatique, à la paroi abdominale.

Les sutures sont donc disposées au niveau du foie de la façon suivante : 1° Une première suture hépatique allant de la face inférieure à la face supérieure; 2° de chaque côté de celle-ci, une suture en fer à cheval ouverte en haut, fixant le foie à la paroi abdominale à laquelle elle applique la région où l'on a opéré l'énucléation. Un gros drain arrive au fond de ce fer à cheval, et ressort à un pouce de la partie supérieure de la suture abdominale.

Cette dernière suture est faite avec le plus grand soin selon le procédé que je recommande : 1° Un surjet en catgut fin courant de haut en bas (c'est en le passant que le foie a été fixé); 2° second surjet, continuation du premier, allant de bas en haut et unissant les aponévroses; 3° points séparés en catgut fort réunissant les autres parties molles, avec addition de petits points cutanés supplémentaires en catgut fin. Cette suture fait un affrontement parfait, à l'abri des éventrations primitives et tardives. Elle constitue après la cicatrisation un raphé, une sorte de cloison inodulaire due peut-être en partie à l'action irritative des sutures perdues. Celles-ci sont parfaitement supportées et ne suppurent nullement, pourvu que l'on ait de bon catgut (1) et qu'on observe une rigoureuse antisepsie.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le surlendemain et le jour suivant (2 et 3 décembre), la malade se plaignit seulement d'une certaine oppression avec douleurs vives provoquées par les mouvements inspiratoires s'irradiant dans l'épaule gauche (phrénite); la température fut de 38,5 et 38,3. Elle tomba dès le 4 décembre à 37,5, après un lavement légèrement purgatif (3 cuillerées de glycérine). J'ai toujours l'habitude de provoquer une selle trois jours au plus après les laparotomies, afin de réveiller les contractions intestinales qui expulsent les gaz et d'amener aussi l'élimination des produits septiques (leucomaïnes) qui peuvent exister dans l'intestin. Je me suis toujours très bien trouvé de cette conduite.

(1) Voici comment je prépare mon catgut : Après trois heures d'immersion dans la solution aqueuse de sublimé au millième, je le plonge enroulé sur des lamelles de verre, dans l'*oleum juniperi* (huile de bois de genévrier) durant huit jours. Puis je le conserve dans l'alcool rectifié. Au moment de m'en servir, je le place durant quelques instants dans la solution aqueuse de sublimé au 1/1000e

---

robé ou a fait un faux départ qui, en somme, n'a pas tenu ce qu'il avait promis. Il y a des gobeurs partout, même parmi les médecins. Il y a aussi une mode en tout, même pour les choses de la médecine.

On rit aujourd'hui de la saignée comme nous rions volontiers des manches à gigot de nos grand'meres. Mais qui pourrait nous dire ce que nos fils penseront de l'antipyrine. Peut-être seront-ils déjà revenus à la saignée! On modifiera sans doute un peu les détails de la *cérémonie*. Mais enfin il n'y aura pas grand chose de changé.

Horace l'avait bien prédit quand il écrivait :

« Multa renascentur quæ jam cecidere cadentque
Quæ nunc sunt in honore vocabula, si volet usus,
Penes quem arbitrium est et jus et norma *medendi*. »

Au lieu de *vocabula*, mettez le mot que vous voudrez et vous aurez l'histoire de la mode appliquée à toute autre chose qu'aux mots de la langue latine.

⁂

Oh! vicissitudes des choses humaines! Le temps ne respecte rien, pas même les réputations qui, pour n'être que des plus modestes, n'en paraissaient pas moins des mieux établies. Cette pauvre graine de lin, ce modèle des émollients, ce lénitif par excellence, n'a-t-elle pas été en pleine Académie de médecine conspuée en quelque sorte.

Encore les orateurs qui préconisaient le traitement des furoncles par les pulvérisations d'acide phénique ou d'autres vaporisations antiseptiques ne repoussaient-ils le cataplasme de farine de graine de lin que par comparaison. Mais dans l'enceinte, des auditeurs recueillaient ces blâmes, les laissaient fermenter dans leur esprit, et la simple insuffisance de la graine de lin se changeait facilement en un verdict formel de culpabilité.

Si les furoncles soignés par les cataplasmes de farine de lin sont douloureux, c'est parce qu'ils sont en contact avec la farine de lin, *si nuisible dans la plupart des affections chirurgicales*.

Supprimez donc en toute hâte de notre Codex médicamenteux le *linum usitatissimum*, les furoncles seront désormais indolores; mais le lin pour toute vengeance se contentera de vous rendre service sous forme de toile; il continuera de vous protéger contre le froid s'il n'est plus bon à atténuer les élancements, à adoucir la cuisson, en un mot à calmer les douleurs.

Je considère l'administration de l'opium après les laparotomies (à moins qu'il n'y ait eu blessure de l'intestin) comme une grosse faute.

A partir du quatrième jour, la malade est en pleine convalescence. L'alimentation se fait régulièrement, et la fièvre ne reparaît plus. Le pansement est souillé de bile qui s'écoule d'abord avec abondance, puis diminue peu à peu. Au douzième jour, il sort des parcelles de tissu hépatique mortifié par la cautérisation, et les pinces introduites profondément en retirent un assez gros lambeau. La malade se levait au bout d'un mois et la fistule biliaire était complètement fermée au milieu de janvier. La nécessité d'attendre une ceinture abdominale qui sera portée par précaution, retarde la sortie jusqu'au 23 février. La cicatrice est linéaire, résistante, très peu visible. L'endroit où était le drain y est marqué par une dépression punctiforme. L'opérée se porte parfaitement bien.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES. — Leçons cliniques de M. le professeur PITRES, à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux).

Troisième Leçon

Suite et fin. — Voir les numéros 12, 13, 16, 17, 18, 19, 24 et 25.

IV

Après avoir passé successivement en revue les différentes variétés symptomatiques des convulsions rythmées d'origine hystérique, il nous reste à faire œuvre de synthèse et à dégager de la comparaison des faits particuliers que nous avons étudiés jusqu'à présent, les caractères communs appartenant au groupe nosologique des spasmes rythmiques hystériques. Cela ne sera pas, je pense, très difficile. Tous les spasmes rythmiques hystériques présentent, en effet, un air de famille qui ressort clairement des analogies de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur pronostic; ils se ressemblent tous. Les tics hystériques, les chorées hystériques, les toux hystériques, les aboiements hystériques, etc., etc., ne sont pas, à proprement parler, des espèces morbides distinctes, ce sont des variétés d'un même processus pathologique. Ce sont des spasmes rythmiques hystériques siégeant sur tel ou tel groupe musculaire, différant par conséquent par leurs effets et par leurs apparences extérieures, mais identiques au fond par leur origine et par leur signification clinique. Résumons brièvement leurs caractères généraux :

Les spasmes rythmiques hystériques surviennent habituellement chez des enfants ou de jeunes adultes prédisposés à l'hystérie par leurs antécédents héréditaires ou personnels ou atteints d'hystérie avérée. Presque toujours ils se développent à la suite d'émotions morales vives ou de traumatismes. Chez les hystériques sujets à des attaques convulsives, ils peuvent quelquefois succéder à des attaques de ce genre.

Il est fort rare qu'ils arrivent sans cause occasionnelle manifeste et qu'ils débutent insidieusement. En général, ils s'installent tout d'un coup et prennent dès le premier jour le type qu'ils conserveront invariablement jusqu'au moment de leur disparition.

Les secousses convulsives qui constituent leur élément essentiel, siègent sur un ou plusieurs muscles, quelquefois sur des groupes musculaires systématiquement associés; quelquefois sur les muscles d'un seul côté du corps.

Elles se succèdent tantôt rapidement, une ou deux fois par seconde, par exemple; tantôt lentement, toutes les minutes, tous les trois minutes ou plus rarement encore. Dans tous les cas, elles se répètent chez les mêmes sujets à des intervalles sensiblement égaux. Habituellement elles sont brusques, subites, semblables à celles que pourraient provoquer des décharges électriques isolées; mais elles peuvent aussi être lentes, soutenues progressives, comme celles qui accompagnent les efforts volontaires.

Ces secousses se reproduisent continuellement ou surviennent par accès, d'une durée variable. Elles cessent toujours pendant le sommeil naturel et quelquefois pendant le sommeil hypnotique provoqué. Souvent elles peuvent être suspendues temporairement, soit par la pression de zones frénatrices, ovariennes ou autres, soit par certaines attitudes du corps, soit par la fixation de l'attention, soit enfin par la mise en activité de certains muscles, de ceux, par exemple, qui entrent en activité dans le chant ou la lecture à haute voix.

Les spasmes rythmiques ne s'accompagnent d'ordinaire d'aucun trouble spécial de l'intelligence. Les malades qui en sont atteints se rendent parfaitement compte des mouvements

---

***

Mais dénigrée ici, ailleurs elle triomphe, cette graine de lin dont un *prospectus* nous affirme qu'elle guérit à la fois la diarrhée et la constipation. Il est vrai qu'il faut absorber la graine en nature pour voir disparaître « l'haleine fétide, les maux de tête, les rougeurs de la face, cortège à peu près forcé de la constipation » et « la perte de l'appétit, la maigreur, l'anémie » qui sont le cortège de la diarrhée. « Aujourd'hui, la graine de lin a fait son chemin, ajoute le prospectus; son usage s'est répandu dans tous les rangs de la Société, *grâce à l'appui spontané* du corps médical qui a compris tout le bénéfice que les malades pourraient retirer en faisant usage de cette semence éminemment mucilagineuse » *Eminemment mucilagineuse*, est-ce assez bien dit ? Ce serait plus qu'une réhabilitation, ce serait une apothéose pour la graine de lin. Et voilà qui prouve une fois deplus que le Capitole n'est pas loin de la Roche tarpéienne. Et que si la mode proscrit la graine de lin en usage *externe*, une autre mode tend à l'utiliser pour l'usage *interne*. Pour ma part, je proteste; je tolérerais cette douce graine plus volontiers dehors que dedans.

Comptons sur l'avenir qui ne manquera pas de juger comme nous

.... « qu'elle n'a mérité
Ni cet excès d'honneur ni cette indignité ».

Elle passait pour calmante, adoucissante, lénitive; cela pouvait être une réputation usurpée. Mais elle pourrait à bon droit continuer de passer pour inoffensive !

***

La terminaison fatale de la maladie de l'empereur d'Allemagne remet forcément la question du secret médical à l'ordre du jour. M. Morell-Mackenzie a-t-il bien fait de nier obstinément la nature cancéreuse de l'affection laryngée de Frédéric III ? Mais oui, il a eu raison; assurément, depuis plus d'un an, tout médecin qui réfléchit devait savoir à quoi s'en tenir sur la nature de la première excroissance extirpée du larynx princier. Si la tumeur eût été de nature *bénigne*, comme disent les praticiens, les micrographes l'auraient hautement déclaré.

Mais pourquoi ces discussions pseudo-scientifiques, ces déchirements qui semblaient trop mélangés de jalousies confraternelles tournant à l'aigre, et dans lesquelles, chose humainement déplorable, les questions scientifiques se doublaient d'amour-propre de nationalité.

iantiles ou grotesques qu'ils exécutent, mais ils ne peuvent en empêcher la production. Ils sont à la fois conscients de leur état maladif et conscients de leur impuissance à réprimer les manifestations de cet état maladif.

Rien n'est plus facile que de reconnaître un spasme rythmique, mais il est quelquefois malaisé de déconvrir sa nature. En réalité, il n'existe aucun symptôme pathognomonique permettant de distinguer par le simple examen du syndrome convulsif un spasme rythmique hystérique d'un spasme rythmique non hystérique. C'est donc par voie indirecte que le médecin devra chercher à résoudre le problème. Il s'attachera à déterminer les conditions étiologiques qui ont joué le rôle de cause occasionnelle dans l'apparition de convulsions rythmées; il scrutera les antécédents héréditaires et personnels du malade, afin de découvrir les moindres traces de la prédisposition névropathique; il recherchera surtout avec un soin minutieux les stigmates sensitivo-sensoriels de l'hystérie, c'est-à-dire les symptômes révélateurs de la grande névrose. Et si cette enquête lui fournit des preuves de l'existence de l'hystérie, il pourra presque sûrement en déduire que le spasme rythmique observé chez un sujet hystérique est un spasme de nature hystérique. Il aura alors une base relativement solide pour établir le pronostic et diriger le traitement. Si, au contraire, l'enquête ne donnait pas de résultats, si la nature du spasme restait inconnue on insuffisamment déterminée, le médecin ne pourrait se prononcer sur le degré de gravité de la maladie et serait embarrassé pour instituer un traitement sérieux.

La durée des spasmes rythmiques hystériques est on ne peut plus variable. Dans quelques cas, ils sont tout à fait transitoires; dans d'autres, ils persistent, immuables, pendant des mois ou des années. Néanmoins, on doit toujours espérer et prévoir leur guérison, car les accidents hystériques les plus tenaces sont toujours susceptibles de disparaître tout à coup sans convalescence, sous l'influence d'un remède nouveau, d'une attaque convulsive, d'une émotion morale, d'un traumatisme, d'un ébranlement quelconque du système nerveux, ou même d'une modification spontanée dans la marche de la maladie.

A propos du pronostic, il convient de signaler une particularité importante. Comme tous les autres accidents de l'hystérie et plus peut-être que beaucoup d'autres, les spasmes rythmiques sont contagieux par imitation. Les grimaces, les hurlements, les contorsions bizarres auxquels donnent lieu les diverses variétés de convulsions rythmées sont de nature à frapper vivement l'imagination des personnes qui entourent les malades, et si parmi ces personnes il s'en trouve quelques-unes qui soient prédisposées à l'hystérie, elles auront beaucoup de chances pour tomber malades à leur tour et pour répéter bientôt involontairement les grimaces, les hurlements et les contorsions qui ont sollicité leur attention et, dans une certaine mesure, troublé leur esprit.

Aussi, quand un accident de ce genre vient à se produire dans un milieu où se rencontrent habituellement réunis un grand nombre de postulants à l'hystérie, comme, par exemple, dans un pensionnat, un atelier, une prison, un couvent, le médecin doit, sans hésiter, exiger le départ immédiat du premier malade, afin de prévenir le développement d'une véritable épidémie d'accidents analogues (1).

Le traitement des spasmes rythmiques hystériques est incertain. Dans quelques cas, les moyens les plus simples font disparaître les convulsions rythmées; dans d'autres, toutes les médications échouent.

Les principes qui doivent diriger le médecin dans le choix des moyens à conseiller découlent de la nature des accidents. Par cela même qu'ils sont de nature hystérique, on commencera par leur appliquer avec toute la rigueur possible le traitement général de la diathèse hystérique : hydrothérapie, isolement, exercices physiques, etc., et, puisqu'on sait pertinemment qu'ils sont toujours curables, on s'abstiendra de leur opposer des moyens thérapeutiques qui pourraient présenter par eux-mêmes quelques dangers. C'est vous dire que toutes les opérations chirurgicales qui ont été quelquefois employées contre les spasmes localisés sont formellement contre-indiqués quand ces spasmes sont d'origine hystérique.

Quelle que soit la variété de convulsions rythmées à laquelle on ait affaire, si le malade qui en est atteint est sujet à de grandes attaques hystériques, on pourra souvent obtenir la guérison du spasme intercurrent en provoquant purement et simplement une ou plusieurs attaques convulsives par l'excitation des zones spasmogènes. Si le malade est hypnotisable,

(1) Briquet rapporte dans son *Traité de l'hystérie* un grand nombre d'exemples d'épidémies de ce genre, pages 323 à 325.

L'humanité et la science ont-elles donc des frontières?

Quoi qu'il en soit, nous applaudissons des deux mains à la lettre que le professeur de Vienne, Billroth, avait écrite dès le mois de mars et qui vient seulement d'être publiée par la NOUVELLE PRESSE LIBRE.

Nous tenons à la reproduire, d'après la traduction du TEMPS.

« En réponse à votre question relative à mon sentiment sur Mackenzie, je ne puis dire qu'une chose : C'est que j'ai toujours déconseillé de juger un homme qui, en sa qualité de médecin, est retenu dans une position aussi difficile. Je n'ai jamais douté de l'exactitude du diagnostic de mes collègues de Berlin; mais, d'autre part, je n'ai jamais compris pour quels motifs politiques on a cru nécessaire de donner connaissance au public de ce diagnostic.

Étant donnée l'expérience de Mackenzie, on ne saurait admettre qu'il ait jamais douté de l'exactitude de ce diagnostic. S'il s'est donné l'air d'en douter, il peut avoir agi sous une pression exercée d'en haut, ou sous l'inspiration d'un sentiment d'humanité. Je connais ces situations-là par ma propre expérience. On ne veut pas désavouer les collègues, et pourtant on ne veut pas avouer au malade que son mal est incurable, car le doute portant sur l'infaillibilité du diagnostic des médecins est presque le seul moyen d'espoir des malades incurables. Le mensonge, dans ces cas-là, devient un fait commandé par la morale. C'est à ce point de vue évidemment qu'il faut se placer pour juger toute la conduite de Mackenzie; il a fait, comme homme et comme médecin, ce qu'il était encore possible de faire après que le mot malheureux de « cancer » eut été prononcé.

Voilà à peu près comment j'ai exprimé, à diverses reprises, mon sentiment sur le procédé de Mackenzie. Je vous prie de considérer ma lettre comme une communication privée, du moins jusqu'à l'heure où la triste catastrophe se sera produite à Berlin. »

Bien pensé, bien parlé! — Bravo!

***

Un méfait d'imprimeur. A la Société de biologie, dans la séance du 25 février, si j'en crois le COMPTE RENDU OFFICIEL (page 177), M. Galippe aurait fait hommage « d'un exemplaire de la seconde édition du *Guide pratique pour les travaux de microphagie*. »

Nos lecteurs penseront comme moi qu'il s'agit de micrographie. Heureusement! Car la *microphagie* me paraît une science si

on réussira souvent à le débarrasser des accidents spasmodiques par suggestion, ainsi que M. Bernheim en rapporte quelques exemples (1).

Dans les cas nombreux où ces procédés ne sont pas applicables, on aura recours à d'autres moyens, autant que possible inoffensifs. La faradisation des muscles convulsés, l'électrisation statique, les pulvérisations d'éther, les révulsifs locaux, les sudations générales, etc., rendent souvent de réels services, pourvu que le malade soit convaincu de leur efficacité. Il n'est même pas mauvais qu'il les croie très énergiques et qu'il redoute un peu leur action. Des pilules de *mica panis* décorées d'un nom pompeux et ordonnées avec une mise en scène un peu théâtrale sont souvent plus utiles que les médicaments à effets physiologiques violents. En matière d'hystérie, c'est surtout la foi qui sauve et qui guérit.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LES RAPPORTS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA SYPHILIS, par le docteur EMMANUEL RÉGIS.

Suite et fin. — Voir les numéros 23 et 24.

4° *Pseudo-paralysies générales syphilitiques.*

Cependant il existe certains faits, recueillis par des observateurs consciencieux et expérimentés, qui montrent que dans quelques cas, plus rares d'ailleurs qu'on ne le pense, des sujets syphilitiques, offrant les symptômes d'une paralysie générale même très avancée, ont rapidement guéri sous l'influence d'un traitement spécifique. Cela prouve déjà que la gravité des symptômes n'y était qu'apparente et qu'il ne s'agissait pas là des lésions profondes et irrémédiables de la paralysie générale classique. De là à conclure que dans ces cas les altérations sont plutôt fonctionnelles qu'organiques, il n'y a qu'un pas, et c'est ainsi qu'on peut raisonnablement les considérer comme de fausses paralysies générales, ou, pour employer un mot que l'usage a consacré, comme des *pseudo-paralysies générales*. Ces pseudo-paralysies générales seraient absolument analogues, la cause en moins, aux pseudo-paralysies générales toxiques qui me paraissent bien établies aujourd'hui, et qui, elles aussi, sont susceptibles de guérison. Il semble d'ailleurs que la plupart des maladies organiques des centres nerveux aient leur pendant comme maladies fonctionnelles.

(1) Bernheim. *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.* Paris, 1886, p. 332.

Ce qui existe en effet pour la paralysie générale tend à se confirmer aussi pour les affections de la moelle, si bien qu'on est venu à observer et à décrire des pseudo-tabes et des pseudo-scléroses en plaques, comme on a observé et décrit des pseudo-paralysies générales.

CONCLUSIONS:

La question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis me paraît, à l'heure actuelle, pouvoir se résumer dans les termes suivants :

1° La syphilis est *extrêmement fréquente*, lorsqu'on la recherche avec soin, dans les antécédents de la paralysie générale. Je l'ai trouvée, pour ma part, oscillant entre 70 et 76 0/0 (94 0/0 en comptant les cas probables);

2° La plupart des paralytiques généraux sont, en même temps que d'anciens syphilitiques, des *cérébraux* par prédisposition innée ou acquise. C'est donc du concours de ces deux facteurs que semble résulter la paralysie générale. L'un est l'élément prédisposant ; l'autre l'élément occasionnel. Ce dernier crée la maladie ; l'autre la dirige vers le cerveau ;

3° La paralysie générale issue de la syphilis ne constitue pas une paralysie générale spéciale, puisqu'elle est elle-même la paralysie générale. C'est donc à tort et en vain qu'on chercherait symptomatiquement et anatomiquement, à la différencier de la paralysie générale. Il n'est pas inutile cependant de mentionner, comme plus propres aux paralysies générales chez les syphilitiques : 1° L'apparition d'accidents tabétiques divers et surtout de paralysies musculaires de l'œil, plus ou moins longtemps avant le début de la maladie ; 2° l'absence habituelle, au milieu des symptômes de la paralysie générale, des stigmates grossiers de la syphilis, à laquelle on peut rapporter toutefois certaines complications assez fréquentes, telles qu'abcès, furoncles, monoplégies, chute des ongles, etc. ; 3° la fréquence plus grande des temps d'arrêt, des rémissions, du délire mixte, des accès circulaires, etc., sur lesquels l'hérédité, en particulier, l'hérédité vésanique, paraît avoir néanmoins une influence prépondérante ;

nouvelle, si inexplorée encore, qu'il me paraît difficile de trouver un guide pratique au jour où nous sommes. Qui sait, cependant ? La microbiologie fait tant de progrès !

Dr PETER-PAUL SOMANS.

— EXPOSITION D'HYGIÈNE A PARIS EN 1888.—Nous avons déjà annoncé qu'une Exposition d'hygiène devait avoir lieu à Paris, au Palais de l'Industrie, et qu'elle ouvrirait ses portes le 20 juillet prochain.

L'importance que prend cette Exposition nous engage à rappeler à tous les intéressés qu'elle a reçu l'approbation du gouvernement et que son Comité d'organisation a pour vice-président M. Georges Berger, l'infatigable directeur général de l'Exposition de 1889, qui a déclaré récemment dans la réunion plénière, tenue le 7 mai, que cette sorte de répétition générale de tout ce qui touche à l'hygiène était de la plus grande utilité à la veille de l'Exposition de 1889, et qu'il était fort heureux de pouvoir encourager les efforts de la Direction de 1888.

Parmi les membres éminents qui ont bien voulu apporter leur précieux concours à cette œuvre et qui composent la Commission d'organisation, nous devons citer notamment : MM. Berthelot et baron Larrey, de l'Institut; Drs Dujardin-Beaumetz et Ed. Bourgoin, de l'Académie de médecine ; Dr Hanriot, professeur à la Faculté de médecine ; Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ; Capgrand-Mothes, Président de la Chambre syndicale des pharmaciens, Dr Richelot, Directeur de l'UNION MÉDICALE ; Dr Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène ; Desnoix, président de la Société de pharmacie ; Ferrand, directeur de l'UNION PHARMACEUTIQUE; Chevrier et Portes, pharmaciens, etc.

C'est notre confrère, M. Louis Bourne, directeur du journal LE TRAVAIL et de la REVUE DE THÉRAPEUTIQUE, dont la compétence en ces matières est fort connue, qui a été nommé commissaire général, chargé de cette installation, et c'est dans ses bureaux, 2, rue de Provence, à Paris, que nos lecteurs qu'une Exposition d'hygiène peut intéresser, trouveront tous les plans et les conditions d'admission.

4° Le traitement spécifique, il n'est pas permis de le contester, n'améliore que peu ou point la paralysie générale, même dans des cas de syphilis antérieure bien confirmée. Au lieu de voir dans ce fait que la syphilis n'est pour rien dans l'étiologie de la paralysie générale, il est plus rationnel d'en conclure que les lésions de la paralysie générale, qu'elles soient ou non spécifiques, représentent habituellement des altérations de tissus trop profondes et trop étendues pour être heureusement influencées par le traitement. L'incurabilité constante de certaines affections similaires du système nerveux, telles par exemple que l'ataxie locomotrice dans laquelle la syphilis paraît également jouer un rôle des plus actifs, confirme cette manière de voir.

5° Il existe cependant des cas, beaucoup plus rares d'ailleurs qu'on ne le pense, où des syphilitiques présentant tous les symptômes d'une paralysie générale, même très avancée, guérissent rapidement sous l'influence de la médication spécifique. Il est probable qu'il ne s'agit pas là des lésions organiques, profondes, irrémédiables, de la paralysie générale, mais d'altérations purement fonctionnelles. La rapidité seule avec laquelle les symptômes disparaissent prouve assez qu'ils ne correspondent pas à des altérations vitales et définitives. On peut donc, sans contredire en rien l'idée générale que nous nous faisons des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, admettre qu'il existe des faits exceptionnels susceptibles d'être désignés sous le nom aujourd'hui admis de pseudo-paralysies générales spécifiques. Cette manière de voir se trouve confirmée non seulement par l'existence des pseudo-paralysies générales toxiques, mais aussi par celle des pseudo-tabes et des pseudo-scléroses en plaques, qui qui sont aux maladies de la moelle correspondantes ce que la pseudo-paralysie générale est à la paralysie générale vraie, c'est-à-dire l'image plus ou moins fidèle, mais fugitive et sans fondement.

Une réflexion pour finir :

La question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis a une importance capitale, parce qu'elle se rattache d'un côté à l'histoire d'une maladie cérébrale des plus graves, de l'autre à cette grande question d'hygiène et de préservation sociales dont tout le monde se préoccupe avec raison aujourd'hui : la *prophylaxie de la syphilis*. Il est d'autant plus à désirer que la discussion engagée à ce sujet devant l'Académie de médecine aboutisse rapidement à des mesures efficaces que la diminution des chances de contagion de la syphilis peut et doit, si l'opinion scientifique prédominante est fondée, diminuer par cela même le nombre toujours grandissant des cas de paralysie générale, c'est-à-dire d'une des maladies les plus redoutables, puisqu'elle frappe l'homme de déchéance physique et morale à l'apogée de sa vie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. CALCULS BILIAIRES ET ANÉMIE PERNICIEUSE, par le docteur GEORGI (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 44, p. 822, et n° 45, p. 846). — II. LES CALCULS BILIAIRES PEUVENT-ILS ÊTRE UNE CAUSE D'ANÉMIE PERNICIEUSE, par le professeur EWALD (*Ibidem*, n° 45, p. 850). — III. UN CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE AVEC ICTÈRE, par le docteur BARTELS (*Ibidem*, 1888, n° 3). — IV. SUR UNE CAUSE FRÉQUENTE DE LITHIASE BILIAIRE CHEZ LES FEMMES, par le professeur MARCHAND, de Marburg (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1888, n° 12). — V. SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE, par le docteur ZERNER (*Wiener medic. Woschenschrift*, 1888, n° 23, p. 794, et n° 24, p. 825). — VI. UN CAS D'OBSTRUCTION INTESTINALE CAUSÉE PAR UN CALCUL BILIAIRE, par MM. FORD ANDERSON et TH. SMITH (*The Lancet*, 3 décembre 1887, p. 1103. — VII. UN CAS DE TUMEUR INTESTINALE AYANT DONNÉ LIEU A DES ACCIDENTS SIMULANT UN ACCÈS DE COLIQUES HÉPATIQUES, par le docteur LEWTAS (*British med. Journal*, 25 février 1888). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. M. GEORGI relate l'observation d'un joueur d'orgue de barbarie, âgé de 36 ans, qui de son vivant avait réalisé les principaux traits du tableau morbide de l'anémie dite pernicieuse progressive : Pâleur considérable des téguments, tirant sur le jaune ; oligémie, poïkilocytose extrême ; augmentation considérable de la masse du tissu cellulo-adipeux. Cet homme succomba après avoir eu des hémorrhagies intestinales abondantes.

L'autopsie ne fit découvrir aucune lésion palpable, capable de rendre compte de ces entérorrhagies. Tous les organes étaient le siège d'une dégénérescence graisseuse prononcée ; la moelle des os présentait une teinte rouge, un aspect lymphoïde. Les organes que l'on considère comme intervenant dans les actes de l'hématopoïèse contenaient une proportion considérable de fer. Le foie était à la fois le siège d'une dégénérescence graisseuse et d'une sclérose interstitielle ; avec cela, des calculs biliaires.

L'auteur s'est représenté de la façon suivante l'enchaînement des accidents : Rétention de la bile, imprégnation du foie et des autres tissus par cette humeur ; hémoglobinurie engendrée par l'action des acides biliaires sur le sang ; anémie pernicieuse. Mais comme des lésions hépatiques graves peuvent s'accompagner d'un ictère intense et persistant, sans entraîner à leur suite l'anémie pernicieuse, l'auteur ne se dissimule pas qu'il y a lieu de faire intervenir dans le développement de cette forme d'anémie grave un autre facteur, qui a échappé jusqu'ici à nos recherches.

II. Le professeur EWALD a publié à la suite du travail de M. Georgi une observation qui réalise également l'association des symptômes de l'anémie pernicieuse progressive et de l'ictère. Seulement, chez le malade en question, un homme de 40 ans, fabricant de cigares et fumeur enragé, on ne trouva pas, à l'autopsie, de lésions du foie propres à rendre compte de l'ictère. Il ne s'agissait donc pas d'un cas d'ictère par rétention. Il y avait donc de bonnes raisons de croire que l'ictère avait été, dans ce cas, consécutif aux altérations globulaires du sang, la matière colorante du sang, devenue libre par suite de la désorganisation d'un certain nombre de globules rouges, s'étant transformée en matière colorante biliaire.

M. Ewald s'est demandé si, chez son malade, l'anémie grave n'avait pas été la conséquence d'une intoxication par la nicotine, et il a cité à ce propos un passage tiré d'un ouvrage de Wood, où il est dit que l'addition de nicotine à du sang frais communique à ce liquide une teinte foncée spéciale, et que l'examen microscopique révèle une désorganisation rapide des globules rouges. En terminant, M. Ewald a posé en fait que l'anémie pernicieuse progressive, qui peut se développer sous l'influence des causes les plus diverses, est un syndrome et non une maladie.

III. M. BARTELS publie un autre exemple de coexistence de l'anémie pernicieuse progressive avec un ictère. Voici la relation abrégée de ce fait :

Un jeune soldat, jusque-là bien portant, se blesse légèrement à la cuisse. La plaie, à laquelle on n'attacha d'abord aucune importance, alla en augmentant d'étendue et nécessita l'entrée du malade à l'hôpital. Il ne fallut pas moins de six semaines pour obtenir la cicatrisation. Dans le cours du traitement, on s'aperçut que le malade était porteur d'un tænia. On le débarrassa de son parasite ; au moyen d'un tænifuge. Après quoi survinrent des accidents gastriques et un ictère intense. Le tout dura quinze jours. Puis le malade quitta l'hôpital, pour y rentrer quinze jours plus tard. La plaie de la cuisse s'était rouverte ; l'ictère et les accidents gastriques étaient revenus. En se basant sur les résultats de l'examen du sang, on porta le diagnostic d'anémie pernicieuse progressive.

Le malade succomba au bout de huit mois de maladie. L'autopsie vérifia l'exactitude du diagnostic porté.

A l'idée de Bartels, le premier accès d'ictère avait été provoqué par l'administration du tænifuge (racine de grenadier et extrait de fougère mâle). Cet ictère catarrhal était survenu dans le cours d'une anémie pernicieuse déjà existante, et celle-ci avait engendré consécutivement un ictère hématogène (seconde poussée d'ictère). Il est à noter que pendant cette seconde atteinte de jaunisse, les selles n'avaient cessé d'être fortement colorées par la bile, et qu'il fut impossible de déceler la présence des acides biliaires dans les urines du malade. La présence d'un tænia dans les premières voies a dû jouer un rôle prépondérant dans le développement de l'anémie pernicieuse. Celle-ci s'est accompagnée d'une tuméfaction du foie et de la rate, chose rare, d'après Eichhorst, auteur d'un travail didactique sur l'anémie pernicieuse progressive.

IV. D'après M. MARCHAND, l'usage du corset est, chez les femmes, une cause fréquente de lithiase biliaire. De tout temps on a incriminé la stase de la bile, dans le développement des concrétions biliaires ; d'après cela, toute compression persistante qui s'exerce sur les canaux biliaires, sur le canal cystique notamment, doit contribuer à la formation de calculs dans la vésicule. Toute constriction de la partie inférieure de la cage thoracique pourra aboutir à ce résultat.

Pour ce qui est de la constriction opérée par le corset, elle s'exerce directement sur la vésicule biliaire et sur son canal excréteur, et pendant le jour, c'est-à-dire pendant la période des vingt-quatre heures durant laquelle la vésicule est sollicitée naturellement à déverser son contenu dans l'intestin. Voilà, selon l'auteur, de quoi expliquer l'extrême fréquence de la lithiase biliaire chez les femmes. Or, quand on considère les complications multiples et les diverses maladies (y compris le cancer de la vésicule) qu'entraînent si souvent à sa suite la présence de calculs dans les voies biliaires, on est conduit, c'est le sentiment de M. Marchand, à réclamer avec énergie des mesures prophylactiques *raisonnables*, visant *l'abus* du corset.

Deux dessins, annexés au travail de l'auteur, sont destinés à faire ressortir aux yeux les rapports topographiques de la vésicule biliaire et du sillon creusé à la surface du foie par le corset.

V. A titre d'exemple de l'influence que la compression du foie peut exercer sur la formation des calculs biliaires, M. ZERNER mentionne le fait suivant :

Un officier succomba à l'hôpital, après qu'on eut diagnostiqué de son vivant l'existence d'un épanchement pleurétique à droite. A l'autopsie, on trouva un épanchement hémorrhagique dans la plèvre, et en outre un foyer de pus enkysté, situé entre le diaphragme et la convexité du foie. Le lobe droit du foie était comprimé et déprimé par cet abcès et renfermait une grande quantité de concrétions biliaires.

Toutefois, l'auteur est d'avis qu'il faut plus qu'un obstacle à l'écoulement de la bile, pour provoquer la formation de ces calculs, qu'il faut de plus une altération pathologique de la paroi des canaux excréteurs, qui gêne la résorption des éléments solides de la bile dans une mesure plus grande que la résorption de la partie aqueuse. Il n'accepte donc pas la théorie de M. Marchand, exposée plus haut, et qui avait déjà été proposée, il y a une dizaine d'années, par un médecin de Vienne, M. Chvostek.

La principale cause de la lithiase biliaire réside dans la sédentarité ; celle-ci entraîne comme conséquence un accroissement de la pression intra-abdominale, qui à son tour gêne les mouvements du diaphragme et consécutivement l'écoulement de la bile dans l'intestin. De plus, les habitudes sédentaires prédisposent aux affections gastro-intestinales.

Enfin, Beneke a constaté que 70 % des personnes affectées de lithiase biliaire avaient de l'artério-sclérose. Il est très vraisemblable que les parois des canaux biliaires participent à l'altération des parois des vaisseaux sanguins.

Suivent des considérations sur le traitement de la lithiase biliaire et des coliques hépatiques.

VI. Un homme de soixante-cinq ans présentait, depuis trois ou quatre jours, les signes et symptômes d'une occlusion intestinale. Pour rétablir le cours des matières fécales, on procéda à la laparotomie ; puis, le siège de l'obstruction ayant mis à jour, on incisa à ce niveau l'intestin grêle, sur une longueur de 2 pouces. On tomba sur un calcul biliaire allongé, qui obstruait complètement la lumière de l'intestin. L'extraction du corps du délit se fit sans difficulté à travers l'incision intestinale On ferma la plaie avec treize points de suture (soie phéniquée). La cicatrisation se fit dans les meilleures conditions. Cependant, le cinquième jours après l'opération, le patient fut pris d'une diarrhée, qui céda rapidement à l'administration de l'opium.

VII. Le sujet de l'observation publiée par M. LEWTAS, un officier anglais, qui avait séjourné autrefois aux Grandes-Indes, fut pris, dans la nuit du 4 juin 1887, de douleurs extrêmement violentes dans le côté droit du ventre. Les douleurs se reproduisirent avec une intensité plus grande encore, dans la nuit qui suivit ; ce fut au point qu'il fallut chloroformer le malade. On crut à des accès de coliques hépatiques. Or, le 6 juin, le malade rendit, par l'anus, une masse qu'il prit pour un morceau de chair et qui n'était autre qu'un lymphome, mesurant 1 1/2 pouce en largeur et 1/2 pouce en épaisseur.

Pendant quelques jours, le malade ressentit encore des douleurs sourdes dans le côté droit du ventre ; finalement, il s'est entièrement rétabli.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. Guérison des coliques hépatiques par l'évacuation des

calculs biliaires, par le docteur Just Tonatre (*Archives roumaines*, 1887, n. 2).

II. Contribution au diagnostic de la lithiase biliaire, considérée en dehors de l'accès de colique hépatique, par le docteur Alison (*Archives générales de médecine*, août 1887, p. 141).

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, professées par Félix Guyon, professeur à la Faculté, et rédigées par le docteur Guiard. — Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris.

En publiant un second volume de leçons cliniques, M. le professeur Guyon est venu mettre à la disposition du public médical les résultats de ses observations et de sa pratique. C'est-à-dire que, dans toutes les parties de ce livre, on retrouve l'esprit véritablement clinique dont il s'est inspiré ; le lecteur assiste pour ainsi dire à une visite d'hôpital, et ne perd jamais le malade de vue.

Les enseignements de l'amphithéâtre et des laboratoires n'en sont pas moins utilisés ; mais, sans se perdre dans des spéculations, M. le professeur Guyon les applique toujours au cas particulier qu'il a sous les yeux et dont il peut ainsi approfondir l'étude.

Dans une première série de leçons, M. Guyon avait exposé la séméiologie générale de l'appareil urinaire. Ici, il étudie plus particulièrement certaines affections considérées dans leur ensemble ; celles qui tiennent la place la plus importante sont les tumeurs de la vessie, les cystites, et cette affection complexe ordinairement désignée sous le nom d'hypertrophie prostatique.

M. Guyard a apporté dans la rédaction de ces leçons ses précieuses qualités d'écrivain et, sans altérer jamais la pensée du maître, il a su la présenter avec une clarté et un intérêt qui ne se démentent nulle part.

Tout d'abord, le professeur Guyon consacre une leçon à la physiologie de la vessie ; nous y trouvons des notions qui nous seront utiles pour l'étude de tous les malades qu'il passera en revue ; il s'attache à démontrer que la contractilité vésicale est sous la dépendance de la sensibilité.

Or, contrairement à une opinion généralement répandue, cette sensibilité, très différente d'ailleurs à l'état normal et à l'état pathologique, n'est que rarement et difficilement éveillée par le contact des corps étrangers solides ; la preuve en est dans le peu de réaction de l'organe sain pendant le cathétérisme explorateur, le cathétérisme à la suite et même, malgré tout ce qu'on a dit sur ce sujet, chez les calculeux. Ceux-ci ne souffrent que lorsque la locomotion du calcul vient lui faire heurter une région particulièrement sensible, telle que le col, on lui imprime un mouvement violent ; mais le contact pur et simple n'est pas perçu ; la plupart des calculeux sont guéris la nuit où pendant le décubitus horizontal.

Toutes différentes sont les sensations provoquées par la distension. L'exemple le plus frappant qu'on en puisse donner est tiré des angoisses de la rétention d'urine ; toutes les fois que la vessie est distendue, elle souffre. De plus, elle est le siège d'une congestion ; cette dernière détermine ces érections qui accompagnent si souvent la distension, en particulier chez l'enfant et chez le vieillard. Elle se montre avec évidence pendant la taille hypogastrique. Quand on arrive sur la face antérieure de la vessie, artificiellement distendue, on la voit sillonnée par des veines turgescentes qui s'affaissent aussitôt après l'incision et l'évacuation du liquide.

Lorsque la vessie est enflammée, la sensibilité s'accroît et le contact même devient douloureux : les calculeux, qui souffrent atrocement, ont certainement de la cystite ; dans ce cas, non seulement la moindre locomotion du calcul devient l'occasion de douleurs violentes, mais son contact même détermine un état permanent accompagné de paroxysme. Dans les mêmes circonstances, le cathétérisme même le mieux conduit est très pénible. Mais les souffrances deviennent intolérables, surtout lorsqu'il y a la moindre distension. Les efforts d'expulsion constants et chaque fois très pénibles. Aussi doit-on se garder de faire des tentatives de dilatation de la vessie, qui ne se prête pas, comme l'urètre, à ces manœuvres. En agissant ainsi, on risque de provoquer la congestion et souvent même de faire éclater l'inflammation dans une vessie saine jusque-là et de rendre impossible, au moins pour longtemps, certaines opérations telles que la lithothritie, dont le malade aurait bénéficié.

L'étude des tumeurs de la vessie est à l'ordre du jour et offre à ce titre un vif intérêt d'actualité. Elle est faite tout entière dans ce livre et présentée sous un jour nouveau. Les observations tiennent d'abord une place importante ; comme toujours, M. Guyon nous présente les malades dont l'histoire est groupée de façon à tenir l'intérêt en éveil. Puis les symptômes sont analysés un à un. Le principal, celui qui domine la scène, est l'hématurie, dont le caractère pathognomonique est une spontanéité absolue. Sans aucune douleur, sans cause occasionnelle appréciable, un homme jusque-là bien portant rend une quantité de sang dont l'abondance est variable, quelquefois telle que la vessie est remplie de caillots ; la durée en est ordinairement longue, puis, l'accès terminé, tout rentre dans l'ordre, et brusquement, à une émission d'urine mélangée de sang, succède une miction normale. Le retour de cette hématurie échappe à toute règle et apparaît, ou bien après quelques heures, ce qui est rare, ou après des mois et des années d'intervalle.

Des hématuries se renouvelant ainsi sont caractéristiques d'un néoplasme de l'appareil urinaire. Le sang vient-il du rein ou de la vessie ? Les tumeurs du rein, sur l'histoire desquelles nous ne pouvons insister, s'accompagnent de deux symptômes : le ballottement rénal et le varicocèle symptomatique. De plus, quand la vessie, une fois vidée, les dernières gouttes qui s'échappent de la sonde sont constituées par du sang pur ou un liquide beaucoup plus coloré qu'au début, on est en droit d'admettre que la source en est dans la vessie. Enfin les signes physiques sont de la plus haute importance. Le toucher rectal permet d'apprécier si le néoplasme est infiltré ou simplement implanté, si la région vésicale est douloureuse, et enfin combien, avec le palper hypogastrique, il permet presque de saisir entre les deux mains la masse de la tumeur, dont on apprécie le volume si on a pris soin de vider préalablement la vessie. Le cathétérisme explorateur, par contre, ne devra être employé qu'avec beaucoup de réserve. Il peut augmenter ou provoquer l'hématurie, il peut

surtout faire éclater une cystite qui acquiert, dans ce cas, une cruelle intensité. Il est utile cependant, mais ne donne pas tous les renseignements qu'on croirait pouvoir attendre de lui; dans des cas exceptionnels seulement, on pourra circonscrire exactement une tumeur, apprécier si elle est pédiculée ou non; souvent, on ne constate qu'un certain épaississement et il est difficile de faire la part qui revient aux contractions partielles de la vessie.

L'espace nous manque pour exposer l'étude du diagnostic; disons seulement que M. Guyon accorde aux signes fonctionnels une importance capitale; il a rendu leur interprétation si claire que les erreurs sont rares, qu'on peut affirmer l'existence d'une tumeur avec une entière certitude. C'est dire qu'il repousse l'incision exploratrice, dont on fait si grand abus en Allemagne et dont Thompson lui-même se montre partisan.

L'étude de l'anatomie pathologique est exposée de façon que les indications thérapeutiques en découlent logiquement. Les tumeurs sont ordinairement uniques; leur ulcération est exceptionnelle, aussi est-on conduit à admettre qu'elle n'est pas nécessaire pour la production de l'hématurie; cette dernière, dont nous verrons le mécanisme, peut provenir de toute la surface de la muqueuse vésicale. Presque toujours, la tumeur est implantée dans le bas-fond de la vessie ou plus exactement dans la région d'abouchement des uretères.

Le pédicule existe exceptionnellement, et la tumeur s'étale en envoyant des prolongements à une distance variable. Quoi que prétendent un certain nombre d'auteurs, et en particulier Thompson, les tumeurs bénignes constituent une exception: les recherches de M. Clado ont montré qu'il s'agissait presque toujours d'un épithélioma; l'absence de généralisation s'explique par ce fait que la vessie n'a pas de lymphatiques. Cette particularité est d'autant plus fâcheuse que cet épithélioma s'infiltre dans la paroi vésicale et cela de deux façons; à côté de l'infiltration apparente au toucher et à l'exploration, il en existe une larvée, décelée par le microscope et qui explique les récidives.

Cette dernière considération doit-elle faire repousser toute idée d'intervention chirurgicale? Assurément non, et les indications opératoires sont des plus précises; le chirurgien, dit M. Guyon, se laissera guider par les symptômes, c'est-à-dire qu'il n'agira que lorsque la tumeur aura déjà déterminé des symptômes graves. Voici pourquoi:

L'espoir d'une cure radicale n'est possible qu'en présence d'une tumeur bénigne; dans ce cas, jamais les racines du néoplasme ne dépassent la couche musculaire de la vessie; le le chirurgien interviendra donc toujours à temps. Si au contraire il s'agit d'un néoplasme malin, jamais on ne peut avoir la certitude de le circonscrire en entier, car il existe une infiltration latente dont les limites sont inaccessibles. Aussi, est-ce contre deux symptômes en particulier qu'on agira: la douleur, qui est presque toujours l'expression d'une cystite, et l'hématurie.

Pour cela, l'opération de choix est la taille hypogastrique. Thompson, il est vrai, préfère la boutonnière périnéale; mais une incision de ce genre permet à peine l'introduction du doigt explorateur et des instruments; elle ne laisse pas voir la vessie, et, après l'opération, le repos qu'elle lui procure n'est pas aussi complet qu'après la taille hypogastrique. Cette dernière, en effet, assure le non fonctionnement de la vessie; elle la supprime physiologiquement, suivant l'heureuse expression de M. Guyon.

Les douleurs de la cystite, dues aux contractions excessives, cessent de suite. Il en est de même de l'hématurie; l'effet décongestif de la cystotomie est immédiat et montre bien que les hématuries sont le résultat d'une action hypérémique. Quoique cette incision suffise pour faire cesser l'écoulement de sang, on n'en doit pas moins attaquer la tumeur. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de la technique opératoire; grâce à des réactions ingénieuses, grâce surtout au soulèvement des lèvres de la plaie de la vessie au moyen de fils suspenseurs, on obtient l'exérèse complète du néoplasme.

Sous ce titre: « les Prostatiques », le professeur Guyon nous donne plusieurs leçons consacrées à l'étude de l'hypertrophie prostatique. Il envisage cette affection à un point de vue général et nous fait voir que la prostate joue souvent un rôle effacé, nul dans certains cas. Il s'agit là d'une altération qui frappe à la fois tout l'appareil urinaire, la prostate, la vessie, l'uretère, les reins. Cette lésion, c'est la sclérose; on la retrouve dans le tissu cellulaire de ces organes, dans le tissu musculaire, dont les éléments sont dissociés et comme étouffés par l'envahissement des tissus fibreux; on la retrouve surtout dans l'appareil vasculaire, dans les parois artérielles indurées, augmentées de volume et rétrécissant le champ circulatoire, et cela aussi bien dans les artères de la prostate et de la vessie que dans le rein. Bien plus, il est rare que les vaisseaux de l'économie tout entière ne participent pas à la dégénérescence. On peut dire avec le professeur Guyon que les prostatiques sont des athéromateux.

D'autre part, il faut opposer au système artériel le système veineux qui prend au contraire un développement excessif; on saisit ainsi le mécanisme de ces hypérémies énormes qui produisent une tuméfaction suffisante pour empêcher le cathétérisme, qui sont l'origine de redoutables hémorrhagies; c'est là la seconde caractéristique des prostatiques qui sont des congestifs.

Ainsi on comprend comment la tuméfaction prostatique n'est pas indispensable pour amener tous les troubles fonctionnels, qui sont plutôt sous la dépendance de la vessie; si cette dernière est histologiquement peu altérée, elle lutte longtemps contre l'obstacle, surtout si on lui vient en aide par le cathétérisme; le retour à une santé parfaite est possible. Si au contraire elle est primitivement altérée, si ses fibres musculaires sont atrophiées ou détruites, il n'est pas besoin de lésions prostatiques pour voir la rétention incomplète, puis la distension se produire; la vessie impuissante, se laisse forcer et ne suffit plus à sa tâche.

Au point de vue clinique, le professeur Guyon a rendu un grand service à la pathologie: d'une part, en fixant les périodes que parcourt la maladie abandonnée à elle-même; d'autre part, en distinguant nettement ce qui lui appartient en propre des complications fréquentes qui en troublent le processus normal. Un prostatique passe successivement par une première période, dite prémonitoire, dans laquelle les symptômes congestifs tiennent la plus grande place; ils se traduisent par une plus grande fréquence des mictions survenant surtout la nuit, par un retard dans la miction volontaire, par des érections. etc. Dans la deuxième période, la vessie se vide incomplètement; la satisfaction des besoins n'est pas complète, leur répétition est plus grande, la fréquence continue pendant la journée. Si on sonde ces malades immédia-

tement après une miction, on retire encore une quantité plus ou moins grande d'urine. A la troisième période, la vessie est distendue, les fibres musculaires sont incapables de fonctionner, l'urine s'échappe involontairement : il y a incontinence par regorgement.

Il est fréquent, toutefois, de voir une telle marche entravée par des complications dont les plus importantes sont la cystite et la néphrite. La cystite peut éclater à toutes les périodes, quelquefois spontanément, ordinairement à la suite d'un écart de régime, plus souvent encore après un cathétérisme intempestif ou mal conduit. Quant à la néphrite, elle se traduit par un ensemble de signes dont on trouvera un tableau magistralement tracé, et dont les plus importants sont tirés de l'état du tube digestif.

A chacune des périodes est applicable un traitement particulier. Pendant la première, on n'aura guère qu'à observer les règles d'une hygiène sévère. Dans la deuxième, le cathétérisme est généralement indiqué ; à moins de circonstances spéciales, il faut vider la vessie artificiellement. Le traitement général de la distension est un des points les plus délicats de la pathologie ; les malades sont souvent conduits à cette distension sans s'en apercevoir et ont à leur insu franchi les étapes qui les y ont menés. La cause la plus légère suffit, dans ce cas, pour faire éclater de formidables complications. Or, le cathétérisme joue ce rôle. En intervenant, on peut précipiter des accidents qui ne se seraient peut être produits que beaucoup plus tard ; mais on peut aussi, en agissant prudemment, ramener le malade à la deuxième période, qui est compatible avec une survie plus ou moins longue.

Avant de prendre cette décision si délicate et si grave, le chirurgien se basera surtout sur l'état général du malade.

Une grande partie du volume est consacrée à l'étude des cystites : nous ne referons pas ici une analyse de ces affections, car nous avons reproduit ici même la plupart de ces leçons. Nous rappellerons seulement le plan suivi par M. Guyon, qui prend pour base de sa classification l'anatomie pathologique et repousse des dénominations telles que cystite hémorrhagique, cystite purulente, applicables aux espèces les plus différentes.

Enfin, en plusieurs leçons sont décrites les inflammations prostatiques et le cancer de la prostate. M. Guyon a voulu mettre en lumière le caractéristique de cette dernière affection, qui est sa diffusion à tout le bassin ; aussi l'a-t-il appelée carcinose prostato-pelvienne.

Ce rapide résumé du nouveau volume de clinique n'en donne qu'une idée bien imparfaite.

C'est une œuvre essentiellement originale, basée sur l'étude patiente et réitérée des faits.

Sur beaucoup de points, les opinions du professeur Guyon diffèrent de celles qui ont généralement cours, et étonneront peut-être à première vue les hommes peu familiarisés avec l'étude des voies urinaires. Mais le praticien qui a quelque peu vécu dans l'intimité de leurs affections ne tardera pas à se convaincre que ces vues sont l'expression de la vérité, et il trouvera que l'observation scrupuleuse et sans parti-pris des malades répond de point en point aux descriptions contenues dans l'ouvrage du professeur Guyon.

Dr E. Desnos.

NOTES & INFORMATIONS

L'Inspectorat des eaux minérales. — Les médecins de la Bourboule viennent de protester contre la nomination d'un *inspecteur provisoire*, sans que le Comité consultatif d'hygiène publique eut été appelé à dresser une liste de présentation. Ils font valoir que, malgré des sollicitations réitérées, l'administration a laissé la station sans inspecteur pendant toute la saison dernière, que le service des indigents a été assuré et qu'il existe à la Bourboule une Société médicale qui s'occupe avec une louable activité de tout ce qui intéresse la station. Le *provisoire* se prolongeant souvent indéfiniment en France, ils pensent que, tant que la question de l'inspectorat est à l'étude, il y aurait avantage, ou à maintenir le *statu quo*, ou à appliquer simplement la loi qui est encore en vigueur.

— Comité consultatif d'hygiène. — *La rage.* — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a annoncé au Conseil qu'il avait été constaté la semaine dernière, à Paris, deux nouveaux cas de rage humaine.

A cette occasion, M. Pasteur a présenté quelques observations dont voici le résumé :

« M. Pasteur dit que le nombre des personnes mordues par des chiens enragés est toujours considérable ; ainsi, il y a trois jours, seize personnes mordues, dont onze à Paris, se sont présentées à son laboratoire. Il espère que les nouvelles mesures prises par la Préfecture de police diminueront le nombre des morsures.

« Les propriétaires de chiens ne veulent pas toujours les faire abattre, lorsqu'ils sont suspects de rage. Ils demandent souvent que leurs chiens soient mis en observation, afin qu'il soit constaté, après quelque temps, s'ils ont contracté effectivement la rage.

« Cette méthode n'est pas admissible, attendu qu'il est impossible de dire après quel laps de temps le chien suspect de rage peut être considéré comme ne se trouvant pas sous le coup de cette affection. Ainsi, dernièrement, un chien suspect, qui avait été mis en observation chez un vétérinaire, est devenu enragé au bout de six mois seulement.

« Il cite des pays étrangers dans lesquels la rage a presque disparu à la suite des mesures rigoureuses prescrites contre les chiens.

« Le président fait connaître que plusieurs personnes ont écrit à M. le Préfet de police pour le prier de demander à M. Pasteur des indications, des conseils sur les premiers symptômes de la rage chez les chiens et les chats.

« M. Pasteur dit qu'il n'est pas possible de définir, d'une manière absolue, les symptômes caractéristiques de la rage ; des hommes experts peuvent parfois porter un diagnostic erroné. M. Pasteur rappelle un fait qui s'est passé il y a quelques mois dans un département du Midi : un chien mordit un enfant qui, par mesure de précaution, fut aussitôt conduit à Paris au laboratoire de la rue Vauquelin. Le chien fut abattu et autopsié par un vétérinaire qui ne constata aucun symptôme de rage. Cependant ce chien était enragé, puisque trois de ses congénères qu'il avait mordus et qui avaient été renfermés par mesure de prudence, moururent peu de temps après de la rage. »

Après ces observations, M. Pasteur a dit qu'il serait heureux de voir les membres du Conseil venir à son laboratoire, où ils pourraient se rendre compte, par l'affluence des personnes traitées, de la nécessité d'appliquer avec la plus grande rigueur les mesures propres à faire disparaître la rage.

Le Conseil a accepté et remercié M. Pasteur de cette invitation.

— La saccharine. — Dans cette même séance du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Dujardin-Beau-

metz, au nom d'une Commission composée de MM. Péligot, Armand Gautier, Jungfleisch, Proust et Riche, a donné lecture d'un rapport sur la « saccharine », rapport concluant à la prohibition de ce produit dans l'alimentation générale comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

La Commission considère la « saccharine » non comme un aliment, mais comme un médicament; de plus, elle est convaincue que la saccharine ne servira qu'à augmenter les falsifications déjà si nombreuses des denrées alimentaires.

— Conseil des Facultés. — Le Conseil général des Facultés a tenu hier sa séance mensuelle, sous la présidence de M. le recteur Gréard, de l'Académie française.

M. Lavisse a rendu compte des fêtes du 8e centenaire de l'Université de Bologne, où il avait été délégué avec MM. Himly et Buffnoir.

Le Conseil a exprimé sa satisfaction au sujet de la réception qui a été faite en Italie aux professeurs et aux étudiants français.

— A la demande du Consistoire israélite de Paris, MM. les docteurs Duplay, Klein, Leven, Périer, Marc Sée et Worms, se sont réunis sous la présidence de M. Zadoc Khan, grand rabbin de Paris, pour étudier les modifications à introduire dans le règlement de la circoncision. A cinq voix contre une, nos confrères ont rejeté le procédé de la succion; ils ont proposé de rétablir le poste d'inspecteur de la péritomie, supprimé l'article limitant le nombre des péritomixtes à Paris et précisé les soins de propreté que doit prendre l'opérateur. Enfin, M. Duplay a été chargé de formuler le manuel de l'opération et du pansement.

— Nous rappelons l'attention de nos lecteurs sur le Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux, qui doit avoir lieu à Paris du 25 au 31 juillet, et qui paraît devoir obtenir un grand succès.

De nombreuses Sociétés savantes françaises et étrangères y seront représentées par leurs délégués, en particulier l'Académie des sciences, les Académies de médecine de Paris, de Turin et de New-York, les Sociétés médicales des hôpitaux de Paris, de Bordeaux, de Toulouse, de Boulogne-sur-Mer, de l'Yonne, de Liège, de Bristol, de Glascow, la Société de chirurgie de Paris, la Société anatomique de Paris, la Société anatomo-clinique de Lille, etc., etc., les Sociétés vétérinaires de Copenhague, d'Utrecht, de Budapesth, de Paris, des Ardennes, de la Lorraine, de l'Yonne, de la Marne, du Lot-et-Garonne, du Loiret, du Puy-de-Dôme, de l'Eure et de la Seine-Inférieure.

Adresser les cotisations (10 francs) à M. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et les communications à M. le docteur Petit, secrétaire-général, 11, rue Monge.

— La prochaine réunion de l'Association médicale britannique aura lieu à Glascow du 7 au 10 août. C'est la cinquante-sixième réunion annuelle de cette Association.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. G. Dautigny, interne à l'hôpital Tenon.

***

— Par arrêté ministériel en date du 19 juin 1888, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 13 juin, est porté de vingt-huit à vingt-neuf.

Cette vingt-neuvième place sera comprise dans la section des sciences physiques (physique) et sera réservée à la Faculté de médecine de Paris.

Concours pour la nomination a deux places de chirurgiens des Hôpitaux de Paris. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Michaud et Chaput.

Concours pour la nomination a trois places de médecins des Hôpitaux. — La troisième épreuve (épreuve clinique) du concours pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux de Paris, s'est terminée lundi soir. Les dix candidats admis à subir les épreuves définitives sont : MM. Babinski, Béclère, Charrin, Delpench, Dreyfous, Gilbert, Hirtz (Hippolyte), Marie, Mathieu et Netter.

Jury des concours des clinicats et liste des candidats. — 1o Clinicat chirurgical. — Juges : MM. A. Richet, Verneuil, Trélat, Duplay et Panas; suppléant : M. Lannelongue.

Candidats : MM. Rochard, Raymond, Walter, Ricard, Boiffin et Hache.

2o Clinicat obstétrical.— Juges : MM. Tarnier, Le Fort, Guyon, Verneuil et Duplay ; suppléant : M. A. Richet.

Candidats : MM. Fournel, Demelin, Lepage, Varnier, Tissier, Bonnaire, Berthod, Ollivier et Boissard.

3o Clinicats médical, des maladies syphilitiques et des maladies des enfants. — Juges : MM. Jaccoud, Potain, Dieulafoy, Damaschino, Fournier et Grancher ; suppléants : MM. Cornil et Hayem.

Candidats : A. Clinicat médical : MM. Belin, Duflocq, Faubert, Ménétrier, Hischmann et Œttinger. — B. Clinicat des maladies syphilitiques : MM. Feulard et Caylat. — C. Clinicat des maladies des enfants : MM. Deschamps, Barbier et Martin de Ginard.

Concours de l'adjuvat. — *Séance du jeudi 21 juin*. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : Premier, M. Calot; deuxième et troisième, *ex æquo*, MM. Dagron et Pfender; quatrième, M. Mordret; cinquième, M. Isch-Wall; sixième, M. Arnould.

— Nancy. — Un concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira le 17 juillet 1888, à huit heures du matin.

Un concours pour la place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le 20 juillet 1888, à huit heures du matin.

Un traitement annuel de 1,200 francs est attaché à chacun de ces emplois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Laurent. De la méthode révulsive dans le traitement du mal de Bright. — M. Barthomeuf. Considérations sur les folies intermittentes. — M. Breton. Essai sur la péritonite scarlatineuse.

M. Hanttement. Angine syphilitique secondaire à forme diphthéroïde.— M. Labruhe. Etude chimique du liquide amniotique de la femme.

M. Becavin. L'Ecole de Valence et les médecins valencitains.— M. Durand. De l'épithélioma pavimenteux primitif des cicatrices. — M. Lenys. Des plaies graves de l'avant-bras. — M. Ménard. Contribution à l'étude de la sciatique et particulièrement de son traitement par l'analgésine. — M. Evrain. De la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888.

19. M. Capuron. Etude sur la blessure des vaisseaux mammaires internes. — 20. M. Boudry. Etude d'hygiène et de médecine légale sur le tatouage professionnel et les accidents oculaires d'origine professionnelle chez les ouvriers meuliers.—21. M. Meu-

dès-Bonito. De la pharyngomycose. — 22. M. Durand. Le fort de Bafoulabé (Haut-Sénégal, 1884-1886). — 23. M. Roby. Etude sur le traitement de la pneumonie par le tartre stibié. — 24. M. de Laulanié. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde et en particulier de sa transmission par les eaux. — 25. M. Branellec. Contribution à l'étude de la filaire de médecine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 17 AU SAMEDI 23 JUIN 1888.

Fièvre typhoïde 21.—Variole 6.— Rougeole 11.— Scarlatine 6. — Coqueluche 7. — Diphthérie, croup, 18 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 159.— Autres tuberculoses 34. — Tumeurs : Cancéreuses 52. — Autres 9. — Méningite 42. — Congestion et hémorr. cérébrales 35. — Paralysie 8.— Ramollissement cérébral 8.— Maladies organiques du cœur 35.— Bronchite aiguë 13. — Bronchite chronique 22. — Broncho-pneumonie 13.— Pneumonie 32. — Gastro-entérite : Sein 16. — Biberon 36. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 25. — Suicides 20. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 157. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 833 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de l'empyème, par L. Bonveret, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Un volume in-8o de 900 pages.—Prix : 12 fr.— Paris, 1888, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds, par G. Treille, médecin principal de la marine. Un volume in-8o de 140 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine. Un volume in-8o de 370 pages avec 50 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Chirurgie du pied, par le docteur Albert Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec une préface de M. le professeur Richet, membre de l'Institut. Un volume in-8o de 416 pages, avec 145 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Intubation du larynx dans le croup, par le docteur L. Jacques. Une brochure de 112 pages.— Prix : 2 fr. 50. — Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Clinique chirurgicale.—Des rapports de la grossesse, du travail et des suites de couches avec le traumatisme en général, par le docteur E. Verrier. Une brochure in-8o de 23 pages.—Prix : 1 f. 25. — Paris, Savy, éditeur, 77, boulevard Saint-Germain.

Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), par les docteurs Paul Le Gendre, Barette, Lepage. Le premier volume, comprenant l'Antisepsie médicale par le docteur Le Gendre, forme un volume de 460 pages in-8o raisin. — Prix : 10 fr. — Le deuxième volume, Antisepsie chirurgicale, par le docteur Barette, et Antisepsie obstétricale, par le docteur Lepage, formera un volume de 500 pages environ. Il paraîtra incessamment. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE. — Leçon clinique de M. le professeur GRANCHER à l'hôpital des Enfants-Malades, recueillie par M. AUCLAIR, élève du service.

Messieurs,

Le petit malade qui doit faire le sujet de cette leçon présente un grand intérêt, car on a pu reconstituer toute son histoire et arriver à conclure certainement à la syphilis héréditaire tardive.

La syphilis héréditaire tardive est celle qui se déclare dans le cours de la 3e, 4e ou 5e année, au lieu de se développer vers le deuxième mois, comme la syphilis héréditaire commune. Les accidents de syphilis héréditaire tardive peuvent même apparaître à 28, 30, 40 ans et jusque dans la vieillesse, mais ce sont-là des exceptions; et, dans l'immense majorité des cas, on la voit apparaître entre la 3e et la 15e année.

L'enfant dont il s'agit est âgé de 6 ans. Il est couché au no 11 de la salle Saint-Thomas.

Voici ses antécédents héréditaires :

Sa mère s'est mariée trois fois. Elle a eu trois enfants : deux avec des individus sains, et un troisième, le petit malade en question, avec un individu qui, au moment où l'enfant fut conçu, était soigné à l'hôpital du Midi pour des accidents syphilitiques.

La mère a été contagionnée : céphalée intense, chute des cheveux, cicatrices cutanées et, au niveau du voile du palais, cicatrice assez étendue, résultat d'une ulcération syphilitique.

Les premiers antécédents personnels du petit malade sont bons. Il est né à terme, a marché à un an et n'a pas eu d'accidents de dentition.

Il a eu la coqueluche à 4 ans. Cependant, malgré cette santé apparente des premières années, la syphilis a débuté à deux ans et demi par une ulcération du voile du palais. La mère raconte que l'enfant a été traité (elle ne sait comment), mais que jamais il n'a bien guéri de cette affection.

Actuellement, il est maigre, pâle; le facies est caractéristique. La base du nez est élargie, les os propres ont été le siège d'une ostéite chronique qui se révèle par une cicatrice végétante de l'angle interne de l'œil droit.

La pointe du nez est assez bien conformée; mais, si on exerce une faible pression en ce point, on sent qu'il n'y a pas là de plan résistant, et on s'aperçoit que le cartilage de la cloison fait défaut. De fait, un stylet introduit par une narine peut sortir sans difficulté par l'autre.

Les deux cornées sont le siège d'une double kératite. Le crâne est un peu natiforme du côté gauche. La bosse frontale gauche paraît plus saillante qu'à l'état normal. La voûte palatine est ogivale et porte une cicatrice profonde, ovoïde, à grand diamètre antéro-postérieur. Le fond en est bourbillonneux, les bords végétants. Si on explore avec le doigt ou un stylet cette ulcération, on sent que l'os est à nu.

Les piliers et le voile du palais sont intacts.

Cet enfant présente deux autres phénomènes non moins importants : le foie est volumineux et douloureux à la pression; il a certainement un volume double de l'état normal. La rate est grosse et sensible, et sa matité à peine appréciable à l'état normal, se fait sentir dans une hauteur de 3 travers de doigt.

Ajoutons çà et là quelques adénopathies diffuses, mais qui importent peu dans l'espèce, et un peu de rachitisme.

En résumé, la mère nous raconte que le père était syphilitique, qu'elle-même a été syphilisée, et quand on rapproche ces faits des données fournies par l'examen de l'enfant, on conclut nécessairement à la syphilis héréditaire tardive.

Mais supposons, messieurs, que nous n'ayons pas ces renseignements sur les parents, pouvons-nous, par le simple examen clinique de l'enfant, affirmer qu'il s'agit là de syphilis et non de scrofulo-tuberculose?

Peut-on certifier, par exemple, que l'ulcération palatine est syphilitique? Oui; car elle occupe un siége de prédilection de la syphilis; elle n'a atteint ni les piliers, ni les amygdales, ni le pharynx. Or, le lupus touche ordinairement à ces organes.

Quant à la configuration de l'ulcération, elle est plus en faveur de la syphilis que de la tuberculose. De plus, contrairement à ce qui se passe dans le lupus, la face est indemne.

Mais ce qui combat surtout pour cette hypothèse, c'est la perforation de la cloison nasale, ce sont les opacités cornéennes, c'est le crâne natiforme.

Un autre élément de diagnostic nous sera donné par la thérapeutique. Le mercure et l'iodure de potassium amènerent rapidement une amélioration notable. De sorte que chez cet enfant, malgré les graves accidents qu'il présente, on peut arriver à la guérison. La syphilis héréditaire, avec une bonne thérapeutique, guérit ordinairement.

Voici maintenant un autre petit malade. Celui-ci est âgé de 8 ans. Il ressemble au premier, mais en diffère cependant par quelques traits. Ici, la question se pose entre la syphilis héréditaire tardive et la syphilis acquise.

Chez notre premier enfant, le diagnostic différentiel devait être posé entre la syphilis héréditaire tardive et la tuberculose. Chez notre second malade, il est tout autre.

Les parents sont sains; mais l'enquête sur ce sujet n'a peut-être pas été poussée assez loin, et nous nous proposons d'y revenir. L'enfant a trois frères et sœurs bien portants; une sœur morte de rougeole à 28 mois. Il n'y a donc pas ici cette polyléthalité à laquelle M. Fournier attribue avec raison une valeur de diagnostic si grande.

L'enfant est né à terme; il a été nourri au sein par sa mère et n'a pas eu d'accidents de dentition.

La maladie a débuté il y a deux ans par une tumeur de la cuisse gauche. Le malade a été soigné dans le service de M. de Saint-Germain. Quel traitement a-t-il suivi? Nous l'ignorons. Ce que nous savons tout au plus, c'est qu'on lui a appliqué des cataplasmes.

Cette tumeur, indolente, s'est ouverte, a suppuré; elle forme encore aujourd'hui une sorte d'abcès profond à bords surélevés, durs, à fond végétant; l'aspect, la couleur et la forme de cette tumeur ulcérée font penser tout naturellement à la syphilis.

Cependant l'enfant est bien développé, sa carnation est belle. Les membres et le crâne sont bien conformés. Il est donc difficile de penser ici à la syphilis héréditaire tardive.

D'un autre côté, c'est un enfant qui a une double kératite, et le seul fait qu'il présente sur la cuisse des abcès d'apparence syphilitique et une double opacité cornéenne, éveille notre attention dans le sens de la syphilis héréditaire. Je sais bien que si, pour M. Hutchinson, la kératite éveille toujours l'idée de syphilis, il n'en est pas tout à fait de même pour M. Fournier. Car, d'après ce dernier, la kératite peut s'observer dans la scrofule. D'un autre côté, M. Trousseau, 12 fois sur 14 cas de kératite double, a trouvé la syphilis héréditaire, et, si deux fois il ne l'a pas constatée, ce n'est pas, dit-il, qu'elle fit défaut, à coup sûr, mais plutôt parce que l'enquête n'a pas été poussée assez loin.

Enfin, l'enfant a une otite et des dents mal plantées. Il réunit donc au moins en apparence la triade d'Hutchinson.

Mais, quand on examine l'otite de près, on voit qu'il y a matière à discussion.

M. Hermet, en effet, qui a bien voulu examiner l'enfant, a déclaré que l'otite n'avait rien de syphilitique. Les otites syphilitiques détruisent rapidement l'ouïe, sans grandes lésions apparentes. C'est là un de leurs caracteres les plus manifestes. Or, chez notre petit malade, l'ouïe n'est pas perdue, mais diminuée, et les végétations, une fois enlevées, elle peut revenir en grande partie.

De plus, les malformations dentaires ne sont pas celles qu'a décrites Hutchinson; il n'y a pas l'encoche des incisives, mais seulement quelques dents mal plantées, et quelques autres atteintes de *nanisme*.

De sorte que, de la triade d'Hutchinson, il ne reste que l'opacité cornéenne.

Messieurs, si nous avions en quelques doutes sur la nature de la lésion cutanée et des opacités cornéennes rencontrées chez cet enfant, ces doutes seraient levés aujourd'hui car, sous l'influence du traitement spécifique, du sirop de Gibert à la dose de trois cuillerées par jour, nous avons vu l'amélioration rapide, puis la guérison de cette ulcération profonde qui depuis deux ans avait résisté à tout autre traitement.

La syphilis est donc certaine, mais est-elle héréditaire ou acquise?

En faveur de la syphilis héréditaire chez notre enfant, nous n'avons que la kératite double, et encore cela dépend-il de l'importance qu'on y ajoute. Contre la syphilis tardive, il y a la bonne conformation générale de l'enfant. Je n'affirmerai donc pas qu'il ne s'agisse pas là de syphilis acquise. Cette syphilis acquise est très fréquente dans la première enfance, et très fréquemment les accidents primitifs et la porte d'entrée nous échappent.

Nous aurions un moyen de résoudre sûrement la question, si le père et la mère voulaient bien se prêter à toutes les exigences d'une enquête. Malheureusement, le père nous échappe.

Après vous avoir montré ces deux enfants, permettez-moi, messieurs, de résumer en quelques mots les caractères de la syphilis héréditaire tardive.

Dans une statistique, M. Fournier a réuni 212 cas de syphilis héréditaire tardive; 56 fois la syphilis se manifestait par des lésions cutanées. Toutes les observations se rapportaient à des malades de 4 à 19 ans. L'âge de 10 ans était le plus éprouvé.

Pour ce qui est de leur forme clinique, ces syphilides sont sèches ou gommeuses; elles présentent cet aspect en demi-anneaux, en segments de cercle surajoutés, aspect si caractéristique. Bon nombre de foie, la face est prise. Dans la statistique de M. Fournier, elle a été prise 28 fois sur 56 cas; la jambe a été prise 27 fois.

Les ulcérations syphilitiques sont profondes, les bords sont adhérents, le fond raviné, formé de végétations plus ou moins saillantes. La marche en est très lente, mais moins lente cependant que celle du lupus. En un mot, les traits de la syphilis héréditaire tardive de la peau, sont ceux de la syphilis tertiaire, chez l'adulte.

M. Fournier donne les caractères différentiels suivants entre la syphilis héréditaire tardive et le lupus.

Dans la syphilis, la tumeur est rouge-sombre ou brunfoncé. Dans le lupus, elle est rouge clair, sucre d'orge. Elle est ferme, dure dans la syphilis, molle dans le lupus. Les bords sont adhérents, taillés à pic dans la première affection; ils sont minces, décollés, flottants dans la seconde. Le fond des cica-

trices syphilitiques est profondément raviné, bourbillonneux; le fond des gommes lupiques est moins végétant. Enfin la syphilis a une configuration spéciale, le lupus n'en a pas.

Et, après ce parallèle, M. Fournier ajoute : Tous ces signes sont excellents, mais ils ne sont pas suffisants. C'est l'enquête, c'est le traitement qui doit décider.

M. Fournier attache donc une importance très grande aux accidents morbides contemporains et aux antécédents du malade, mais surtout et à juste titre, selon nous, à l'enquête sur l'hérédité, et enfin à la thérapeutique, véritable pierre de touche du diagnostic. Car, dans le cas de tuberculose cutanée, le traitement spécifique sera sans inconvénient pour le malade, et, s'il s'agit de syphilis, il amènera la guérison, et la guérison rapide.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher par A. Demoulin, prosecteur des hôpitaux (1).

Aran, dans les Archives générales de médecine de 1844, (4e série, t. VI), publie un mémoire intitulé : *Recherches sur les fractures de la base du crâne*, dans lequel on lit :

« La fréquence des fractures du rocher et la situation du nerf facial qui traverse cet os dans une si grande étendue, rendent facilement compte de la paralysie de la face qui s'observe si souvent à la suite des fractures de cette partie du crâne. Aussi accordons-nous une grande valeur à ce symptôme. On aurait tort cependant de l'envisager toujours comme un signe de déchirure ou de rupture du nerf. Le simple froissement, la simple contusion de ce nerf, la pression d'une esquille osseuse, suffisent pour donner lieu à une suspension momentanée de ses fonctions, et l'on ne doit pas affirmer après une chute ou une contusion de la tête que les fonctions ne se rétabliront pas avec le temps. »

De même, en clinique, on observe des cas dans lesquels, à la suite d'une chute ou d'une contusion de la tête, on ne trouve pas de symptômes suffisants pour affirmer une fracture du rocher.

Dans ces circonstances, le diagnostic reste en suspens.

Au contraire, si l'on constate la paralysie faciale, le diagnostic s'impose.

Dans un cas que nous avons observé cette année dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Trélat, nous avons vu apparaître la paralysie faciale quelques jours seulement après l'accident. Le signe pathognomonique de la lésion s'était en quelque sorte fait attendre, et il nous a paru intéressant de rechercher si les auteurs n'avaient pas signalé des cas analogues.

Nous entendons par paralysie faciale tardive dans la fracture du rocher, celle qui ne se produit pas immédiatement après le traumatisme qui a amené la solution de continuité de l'apophyse pétrée du temporal. Il est évident que nous n'avons en vue que la paralysie périphérique, puisque nous ne considérons le facial que dans son trajet à travers le rocher.

Avant d'aborder le sujet clinique que nous nous proposons d'étudier, nous croyons utile de rappeler le trajet du facial dans le rocher, la forme, les dimensions et les rapports du canal osseux qui le contient. Nous rappellerons également l'époque de la découverte des fonctions du nerf de la 7e paire (découverte d'où il résulte que la paralysie faciale a été considérée comme un bon signe de la fracture de la pyramide du temporal).

Nous présenterons donc successivement :

A. L'historique de la question.

B. L'anatomie et la physiologie du nerf qui nous intéresse.

C. Les observations sur lesquelles nous nous appuyons.

D. Nous rechercherons ensuite à élucider la cause qui produit cette paralysie tardive.

E. Nous dirons quels sont les symptômes particuliers qui la caractérisent.

F. Nous étudierons la marche, la durée, la terminaison et le pronostic de l'affection.

G. Nous verrons si d'autres affections peuvent déterminer l'apparition tardive de la paralysie faciale.

H. Enfin nous chercherons à tirer quelques conclusions de notre mémoire.

Historique.

La paralysie faciale dans les fractures du rocher est un fait bien connu.

Il n'y a pas longtemps toutefois que cette paralysie a été signalée comme l'un des symptômes de la fracture de l'apophyse pétrée du temporal.

Nous n'avons rien trouvé à ce sujet dans les auteurs anciens.

Aran, dans son mémoire, fait une étude des paralysies des nerfs crâniens qui peuvent survenir à la suite des fractures de la base du crâne. Après les avoir étudiées, il ajoute :

« La lésion des nerfs crâniens à la suite des fractures de la base ne saurait laisser de doute. »

« Cette lésion, à l'exception peut-être de la lésion du facial, n'avait pas encore fixé l'attention des observateurs; nul doute que les faits de cette espèce ne se multiplient. »

On trouve aussi dans le mémoire d'Aran une observation faisant mention de la paralysie faciale dans une fracture de la base du crâne. Cette observation date de 1829; elle est extraite du « London medical Gazette » de cette année (t. III, page 788).

C'est la première mention que nous ayons trouvée de la paralysie faciale dans les fractures de la base du crâne.

Dès que ce symptôme des fractures de la base fut signalé, les observateurs le rencontrèrent souvent, et les recueils abondent de faits confirmant le dire d'Aran.

Les auteurs classiques n'oublient pas de signaler la paralysie faciale dans la fracture qui nous occupe. Tous en parlent comme d'un accident suivant immédiatement le traumatisme crânien.

(1) Mémoire présenté pour le concours de la médaille d'or (1887).

Aucun d'eux ne fait mention de la paralysie faciale, que nous appelons tardive, parce qu'elle suit de quelques jours seulement le traumatisme.

Cependant le fait existe.

Nous rapportons dans ce mémoire plusieurs cas de cette paralysie tardive.

L'un d'eux nous est personnel.

Notre ami, le docteur Barette, a bien voulu nous communiquer l'observation d'un fait analogue, qu'il avait observé quelques jours auparavant.

Quelques recherches faites à ce sujet nous ont permis de retrouver plusieurs cas semblables.

L'un de nos collègues, Secheyron, auquel nous communiquions le résultat de nos investigations, nous dit alors qu'il avait observé en 1885, dans le service de son maître, M. Le Dentu, un cas de paralysie faciale tardive à la suite de fracture du rocher. Il est rapporté dans ce travail.

Nous avons donc réuni 8 cas de paralysie faciale tardive à la suite de traumatismes crâniens.

Dans 6 cas, le malade avait présenté tous les signes qui permettent d'affirmer une fracture du rocher. La paralysie faciale tardive a dû être considérée comme une conséquence du traumatisme.

Dans les 2 autres cas, l'on soupçonnait une fracture de la base; il était impossible de l'affirmer. Ceux qui, comme nous, ont vu la paralysie faciale tardive, ont immédiatement porté le diagnostic de fracture du rocher.

Anatomie.

Bien que le trajet du facial dans le rocher soit connu depuis longtemps, les auteurs se bornent à décrire ses courbes, sans trop s'occuper du canal qui le contient.

C'est ce canal que nous voulons étudier, surtout dans ses rapports.

Le nerf de la 7e paire pénètre dans le rocher par le conduit auditif interne, en compagnie du nerf intermédiaire de Wrisberg et du nerf auditif.

L'auditif, situé à la partie postérieure et inférieure du facial, est creusé d'une gouttière pour recevoir le nerf de la 7e paire.

L'intermédiaire de Wrisberg chemine entre le facial et l'auditif.

Tels sont les rapports des troncs nerveux dans le conduit auditif interne.

Au fond de ce conduit se trouve une crête falciforme qui divise son extrémité profonde en deux étages : l'un supérieur, l'autre inférieur.

L'étage inférieur est criblé d'orifices qui donnent passage aux ramifications du nerf acoustique. Il ne nous occupera pas.

Quant à l'étage supérieur, il présente en arrière une fossette criblée de très petits orifices microscopiques qui donnent passage aux divisions terminales de la branche vestibulaire supérieure du nerf acoustique; et, en avant, un orifice qui forme l'entrée d'un long conduit creusé dans l'épaisseur du rocher : c'est l'*Aqueduc de Fallope*.

Cet aqueduc est très important à connaître, puisqu'il contient le nerf facial.

Décrivons-le :

Il présente trois portions :

La première très courte et horizontale, faisant suite au conduit auditif interne (lequel est oblique par rapport à l'axe du rocher), est perpendiculaire à l'axe de ce. Elle offre une étendue de 4 m.m. environ.

La deuxième est parallèle à l'axe, elle a une étendue de 10 à 12 m.m.

La troisième, un peu plus longue que la précédente, suit une direction verticale.

Quant aux orifices du canal de Fallope, le supérieur nous est connu; l'inférieur n'est autre que le trou stylo-mastoïdien qui se trouve en dedans et en avant de l'apophyse styloïde et de sa gaîne vaginale.

On voit donc que l'aqueduc de Fallope a une étendue de plus de 25 m.m., et que par conséquent le nerf facial a des rapports très étendus avec le rocher.

L'aqueduc de Fallope ne contient pas seulement le nerf facial; il contient encore une ou plutôt deux artères : l'artère stylo-mastoïdienne et une petite branche de la méningée moyenne.

L'artère stylo-mastoïdienne naît de l'artère auriculaire postérieure, branche de la carotide externe, assez souvent de l'artère occipitale (Sappey).

Quelle que soit son origine, elle s'engage dans le trou stylo-mastoïdien, suit le canal de Fallope, où elle fournit des branches à la muqueuse de la caisse du tympan ou limaçon, aux canaux demi-circulaires.

Cette artère s'épuiserait bientôt, si elle ne recevait un petit rameau de la méningée moyenne.

Ce rameau accompagne le nerf grand petreux superficiel, traverse avec lui l'hiatus de Fallope pour pénétrer dans l'aqueduc du même nom, où il s'anastomose avec la terminaison de l'artère stylo-mastoïdienne.

Autre détail, qui nous paraît très important au point de vue du sujet que nous nous disposons à traiter : L'aqueduc de Fallope est tapissé par le périoste. Cette membrane est fort mince, il est vrai; mais, en se gonflant, elle nous paraît capable d'étrangler, de comprimer le nerf facial.

Si nous revenons pour un moment au nerf facial dont nous venons de décrire les rapports dans l'aqueduc, nous voyons qu'à l'union de sa portion perpendiculaire à l'axe du rocher avec celle qui lui est parallèle, se trouve le ganglion géniculé. Ce dernier reçoit par son angle postérieur le nerf intermédiaire de Wrisberg qui a pénétré dans l'aqueduc par le même orifice que le nerf facial et qui se jette dans le ganglion après un trajet de 3 à 4 mm. dans le canal osseux.

Rappelons enfin que, dans l'aqueduc, le facial émet cinq branches :

Grand petreux superficiel;
Petit petreux superficiel;
Nerf du muscle de l'étrier;
Corde du tympan;
Rameau anastomotique avec le pneumogastrique.

Quant au nerf de Wrisberg, qu'on a l'habitude de décrire avec le facial, nous avons vu chemin faisant ses rapports dans le conduit auditif interne, son trajet dans l'aqueduc de Fallope. Nous n'y reviendrons pas.

Passons maintenant aux rapports extrinsèques du facial, si nous pouvons ainsi dire, ou mieux à ceux de son canal, l'aqueduc de Fallope.

La première partie du canal, celle qui est perpendiculaire à l'axe du rocher, se porte en dehors et un peu en avant, entre le limaçon en dedans et le vestibule en dehors.

Elle n'est séparée de la face supérieure du rocher que par une très faible épaisseur de substance osseuse.

La deuxième portion, celle dite parallèle à l'axe, se porte en arrière, en dehors et un peu en bas; elle est située au dessus du canal du muscle du marteau, puis entre le canal semi-circulaire horizontal en haut et la fenêtre ovale en bas, au dessus de laquelle l'aqueduc forme une saillie qui se voit sur la paroi interne de la caisse du tympan.

La pyramide est contiguë en haut à ce relief.

En somme, le canal de Fallope contourne ainsi dans sa seconde portion (en présentant une légère concavité inférieure, la partie supérieure de la caisse, et, arrivé à la réunion de cette paroi supérieure avec la postérieure, il change de nouveau de direction.

Il devient vertical.

Cette portion verticale, ou troisième portion, descend derrière la paroi postérieure de la caisse du tympan, mais elle s'en écarte de plus en plus pour venir au trou stylo-mastoïdien.

Dans le point où le canal est le plus rapproché de la caisse, il n'en est séparé que par une lamelle osseuse extrêmement mince.

A ce niveau se trouve une fossette que M. Sappey appelle sus-pyramidale. Elle sépare l'orifice d'entrée de la corde du tympan dans la caisse de la pyramide.

Cette troisième portion, verticale, est encore en rapport avec le canal du muscle de l'étrier, lequel, naissant au sommet de la pyramide, se dirige obliquement en bas et en arrière parallèlement à l'aqueduc de Fallope. Il est situé en avant de ce dernier, n'en est séparé que par une mince cloison et vient s'ouvrir, ainsi que l'a démontré Huguier, immédiatement en devant du trou stylo-mastoïdien.

L'aqueduc de Fallope communique du reste deux fois avec ce canal du muscle de l'étrier pour le passage d'un nerf et d'une artériole qui lui sont destinés.

Nous avons tenu à rappeler d'une façon absolument exacte ces rapports de l'aqueduc de Fallope.

On voit combien ils sont intimes avec la caisse du tympan, que les parois interne, supérieure, postérieure de cette caisse, ne sont séparées que par de minces lamelles osseuses du nerf facial.

Aussi comprend-on que les fractures qui n'intéressent point le canal de Fallope, mais qui passent dans la caisse, puissent amener une paralysie faciale.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR UN CANCER UTÉRIN COMPLIQUÉ D'UN CORPS FIBREUX SOUS-PÉRITONÉAL. — GUÉRISON. — Observation recueillie par M. BOURGES, interne du service de M. POZZI, à l'hôpital Pascal.

La nommée D..., âgée de 50 ans, sans profession, entre le 17 avril 1888 à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi, chambre d'isolement n° 2. Une de ses tantes est morte d'un cancer du sein. Elle a été réglée à partir de l'âge de 13 ans; toujours régulièrement, sauf des retards de quelques jours. Les règles, assez peu abondantes, jamais douloureuses, n'ont pas été modifiées par le mariage. La malade est arrivée à la ménopause en juin 1886. Un an plus tard, elle a souffert pendant quatre mois de coliques néphrétiques et a rendu des graviers dans ses urines.

Elle a eu 9 enfants, dont 3 seulement vivent encore. A part une seule remontant à une vingtaine d'années, toutes ses grossesses sont arrivées à terme. La dernière couche date de 13 ans. Les grossesses se sont toujours bien passées, sauf une, qui a été compliquée de placenta prœvia; mais les accouchements, toujours laborieux, ont nécessité à deux reprises des applications de forceps. Elle n'a jamais eu de suites de couches pathologiques; elle n'a pas allaité ses enfants.

C'est au commencement de l'année 1885 que la malade, qui avait toujours été bien portante jusque-là, s'aperçut que ses règles revenaient toutes les trois semaines et étaient plus abondantes que de coutume. Elle ressentait en même temps de la pesanteur dans le bas-ventre, mais n'avait pas encore de leucorrhée.

Au commencement de mars 1886, elle a commencé à perdre du sang à peu près continuellement; ces métrorrhagies se sont prolongées environ pendant trois mois, malgré l'emploi de la glace et du perchlorure de fer.

A partir du mois de juin 1886, la malade n'a plus eu de métrorrhagie ni de perte d'aucune sorte et a cessé d'avoir ses règles; mais elle a continué à éprouver dans le bas-ventre une légère pesanteur, qui la gênait dans la marche.

Au mois de janvier 1888, il s'est établi une leucorrhée presque continuelle, qui persiste encore. Elle est tantôt blanche, tantôt roussâtre, sans odeur fétide, tellement abondante qu'elle oblige la malade de se garnir. En même temps les douleurs sont devenues très vives; elles ne sont plus seulement localisées au bas-ventre, mais encore s'irradient du côté du rectum, des reins, des fosses iliaques, des cuisses, particulièrement à gauche. Envies d'uriner fréquentes, constipation habituelle, tels sont les seuls troubles fonctionnels à relever du côté des autres organes.

L'état général de la malade est excellent; les téguments ne présentent pas de coloration anormale; l'appétit est parfaitement conservé.

Au toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus a presque complètement disparu. Il est remplacé par une surface lisse, irrégulière à sa face interne (rétraction du col de l'utérus analogue à la rétraction du mamelon dans le cancer du sein). Une ulcération anfractueuse occupe toute la commissure gauche, empiète sur la cavité cervicale et va jusqu'à la limite du cul-de-sac. Le vagin n'est pas envahi et les culs-de-sac paraissent libres, quoique celui de gauche soit notablement moins profond. L'utérus est mobile. L'exploration amène un fort écoulement de sang.

Au spéculum, on voit que l'altération siège principalement sur la commissure gauche et la lèvre postérieure. Elle est constituée par des végétations saignantes occupant une anfractuosité qui atteint le cul de sac latéral gauche. La moitié gauche de la lèvre postérieure est aussi détruite. La moitié droite, ainsi que la lèvre antérieure, ne sont pas ulcérées, mais présentent un aspect couperosé et comme ecchymotique.

Le cathétérisme utérin donne 7 centimètres.

En écartant les deux lèvres du col, on voit que l'ulcération se prolonge profondément.

La lèvre antérieure, saisie avec la pince utérine, permet de constater la mobilité de l'utérus.

Hystérectomie vaginale, le 19 avril. — Anesthésie par le chloroforme.

Les précautions antiseptiques habituelles ayant été prises, la région péri-vulvaire soigneusement rasée, le vagin rigoureusement désinfecté, la malade est placé dans la position dorso-sacrée.

Le col utérin, saisi avec la pince de Muzeux, est abaissé et ainsi maintenu par l'un des aides qui est en même temps chargé de l'irrigation continue (solution phéniquée à 10/1000).

Après incision du cul-de-sac postérieur, on constate que le cul-de-sac de Douglas, maintenu très élevé par des adhérences, n'est pas accessible. M. Pozzi renonce à suturer les parois vaginales au péritoine; comme il le fait habituellement; il se contente de placer sur la tranche vaginale une série de points de suture comme moyen hémostatique. On embrasse ensuite avec un fil la base de chaque ligament large pour lier les artères utérines.

L'utérus est détaché latéralement de ses insertions vaginales, puis le cul-de-sac antérieur est incisé et la vessie décollée, jusqu'au moment où apparaît le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, qu'on respecte.

Les ligaments larges sont détachés entre 2 ligatures par sections et ligatures successives (3 ligatures de chaque côté).

On essaie de faire basculer l'utérus en rétro-flexion forcée, et c'est alors qu'on s'aperçoit que le fond de l'utérus est surmonté d'un corps fibreux sous-péritonéal, étroitement pédiculé, du volume d'une grosse mandarine. Cette complication rend ce temps de l'opération extrêmement laborieux, et ce n'est qu'après des efforts répétés qu'on arrive à renverser l'utérus.

Les trompes, les ligaments des ovaires et les ligaments ronds sont liés et sectionnés, et l'utérus, complètement libéré, est attiré au dehors.

La cavité vaginale, soigneusement lavée, est tamponnée à l'aide de lanières de gaze iodoformée. On place, pour les distinguer, un fil de soie à l'extrémité des deux lanières les plus profondes qui doivent rester à demeure un certain temps.

Durée de l'opération : une heure trois quarts.

Examen des pièces. — En fendant l'utérus suivant sa longueur, on voit que le cancer paraît rigoureusement limité au col, dont il a surtout envahi la muqueuse.

La tumeur qui surmonte le fond de l'utérus présente bien à la coupe la consistance et l'aspect des fibro-myômes.

Les suites de l'opération ont été des plus simples.

L'état général est toujours resté excellent.

La température n'a dépassé 37o,6 que le soir du 23 avril, où elle a monté à 38o,2.

La malade a eu le premier jour quelques vomissements dus au chloroforme; mais, dans la suite, elle n'a présenté aucun trouble fonctionnel, sinon des douleurs vésicales assez vives provoquées par un retour de sa gravelle et accompagnée de rejet de graviers.

Le 22 avril, on remplace les lanières de gaze iodoformée intra-vaginales, sans toucher aux plus profondes, qui restent à demeure jusqu'au 25 avril, époque à laquelle elles sont enlevées et remplacées à leur tour. On commence alors à faire des lavages vaginaux quotidiens.

La malade quitte le service vers le milieu du mois de mai, parfaitement rétablie, mais encore tourmentée par sa gravelle.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. ABCÈS DE LA RATE OUVERT DANS LE POUMON GAUCHE, INCISION DE L'ABCÈS, GUÉRISON, par le docteur PROSANNO CHOWDHOORY. (*British méd. Journal*, 12 avril 1887.) — II. UN CAS D'ABCÈS DE LA RATE, INTERVENTION OPÉRATOIRE, GUÉRISON, par le docteur LAUENSTEIN. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, no 51, p. 1098.) — III. SUR LE DIAGNOSTIC DE L'INFARCTUS DE LA RATE, par le docteur F. MÜLLER. (*Charité-Annalen*, 1887; analysé *in Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1888, no 37, p. 451.) — IV. SUR LA TUMEUR PULSATILE DE LA RATE, par le docteur PRIOR. (*Münchener Medic. Wochenschrift*, 1887, no 35.) — V. INSUFFISANCE AORTIQUE ET PULSATIONS DE LA RATE, par le professeur GERHARDT. (*Centralblatt für Klin. Medicin*, 1888, no 1.) — VI. INJECTIONS PARENCHYMATEUSES DE STRYCHNINE DANS LA RATE, DANS LES CAS DE MALARIA CHRONIQUE, par le docteur JACANTANI. (*La Riforma medica*, 1887, p. 220.) — VII. FLUORURE D'AMMONIUM ET FER DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE, par le docteur J. LUCAS. (*The Practitioner*, juin 1887.)

I. Un Indien, âgé de cinquante ans, était affecté depuis plusieurs mois d'une tuméfaction très douloureuse de la rate. Par moments, le malade avait des accès de fièvre. Quelque temps auparavant, il avait expectoré du pus mélangé de sang, et pourtant il n'avait pas eu, jusqu'alors, d'affection pulmonaire.

A l'auscultation, on percevait des râles humides dans toute la hauteur de la poitrine, à gauche; à droite, il y avait tout au plus renforcement du murmure vésiculaire. Les crachats rendus par le malade étaient constitnés par un mélange de pus et de sang. La rate était très grosse.

En tenant compte de cet ensemble de circonstances, M. CHOWDHOORY diagnostiqua l'existence d'un abcès de la rate, ouvert dans le poumon gauche.

Le malade allait en s'affaiblissant de jour en jour. Il se plaignait d'une sensation de pesanteur dans le côté gauche et, par moments, de douleurs. On lui fit prendre une mixture composée d'acide gallique, d'acide sulfurique et d'ergotine. L'expectoration purulente et sanguinolente diminua progressivement. Mais au bout de quelques jours, la tuméfaction de la rate augmenta sensiblement; il s'était formée une saillie rouge et pointue, dans le côté gauche. On chloroforma le malade, et avec un bistouri pointu on lui fit une incision de 1 pouce de profondeur, dans le point proéminent. L'instrument tranchant pénétra dans un abcès : il s'écoula par l'incision, d'abord environ 300 gr. d'un pus bleuâtre, puis des détritus de tissu splénique, mélangés de pus et de sang. On introduisit un drain dans l'ouverture et on appliqua un pansement antiseptique (acide phénique, acide borique et iodoforme). La plaie opératoire était complètement cicatrisée au bout de treize jours, et le malade quitta l'hôpital guéri. Depuis un an, la guérison s'est maintenue.

L'auteur a fait remarquer que l'abcès de la rate est une complication extrêmement rare de la malaria. Depuis huit ans qu'il exerce dans le Bengal, il a doné des soins à plus de 30,000 personnes victimes de l'impaludisme; il n'a observé en tout que trois exemples d'abcès de la rate; dans les deux autres cas, la collection purulente ne s'est pas ouverte dans les poumons.

L'évolution des accidents, dans le fait relaté ci-dessus, est particulièrement remarquable : adhérences contractées par la collection purulente avec le diaphragme; ouverture dans le poumon gauche; formation consécutive d'adhérences avec la paroi abdominale; évacuation du contenu de l'abcès par cette seconde voie.

II. L'observation de LAUENSTEIN concerne un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint de la fièvre typhoïde, et qui, au moment de son entrée à l'hôpital, avait la rate très tuméfiée, autant qu'on en pouvait juger par les résultats de la percus-

sion : sur la ligne axillaire, la zone de matité correspondant à la rate remontait jusqu'à la cinquième côte ; en avant et en bas, elle atteignait le rebord des fausses-côtes, et en arrière jusqu'à un travers de doigt de la colonne vertébrale ; vers la ligne médiane, elle fusionnait avec la matité précordiale. Il était d'ailleurs impossible d'atteindre la rate par la palpation, à cause de l'immobilité du diaphragme. Du côté des poumons on ne percevait rien d'anormal, sauf de légers bruits de frottement en arrière et en has.

Dans les jours qui suivirent, l'endolorissement de la région splénique, peu accusé au début, alla en s'accentuant. Le malade fut pris d'un mouvement de fièvre, à marche remittente, avec frissons. M. Lauenstein inclina vers l'hypothèse d'un abcès de la rate, en invoquant comme raisons l'augmentation d'étendue de la matité pré-splénique, les douleurs spontanées ressenties par le malade, les signes en rapport avec une réaction inflammatoire au pourtour de la rate (frottements pleuraux, immobilisation du diaphragme). Une ponction exploratrice fut tentée ; elle donna issue à du pus. On se décida alors pour une ouverture de l'abcès avec le thermocautère ; préalablement, on reséqua un fragment de la neuvième côte. On tomba sur un abcès du volume d'un œuf d'oie. Après évacuation du pus, tamponnement avec de la gaze iodoformée, drainage, pansement antiseptique. Le malade s'est rétabli.

L'auteur donne ce fait comme étant le premier exemple d'abcès de la rate ouvert à travers la paroi thoracique. D'ailleurs, les seules indications récentes qu'il a pu trouver dans les recueils de la littérature médicale et relatives à l'intervention opératoire dans les cas d'abcès de la rate se réduisent à deux ; elles concernent deux observations de Barbieri et de Parzewski (analysées *in Centralblatt für Chirurgie*, 1876, no 20, et 1884, n° 8). Dans ces deux cas, l'abcès, devenu superficiel, avait contracté des adhérences avec les téguments abdominaux. Le diagnostic était donc facile, et l'intervention opératoire s'imposait d'elle-même dans des conditions très simples.

L'apparition d'une pleurésie de la base et l'immobilisation du diaphragme n'ont pas seulement une grande signification diagnostique, ils contribuent au succès de l'intervention thérapeutique.

III. L'infarctus de la rate est une lésion d'une grande fréquence, et pourtant on ne s'est pas, jusqu'ici, préoccupé beaucoup de tracer d'une façon précise le tableau clinique qui correspond à ce genre de lésions. M. Muller s'est donné pour tâche de combler de son mieux cette lacune, à l'occasion de quelques cas d'infarctus de la rate, qu'il a été à même d'étudier dans les salles de l'hôpital de la Charité, de Berlin. Il indique, en fait de caractères cliniques propres à mettre sur la voie du diagnostic de l'infarctus de la rate : l'apparition d'une douleur subite dans la région splénique, avec irradiation vers l'épaule gauche et le bras gauche ; l'exacerbation de cette douleur dans le décubitus latéral sur le côté gauche, et sous l'influence des inspirations profondes ; les douleurs provoquées par la pression de l'organe ; la constatation des frottements périspléniques ; un accroissement d'étendue de la zone de matité splénique, survenant peu après la douleur et atteignant son maximum en l'espace de quelques jours ; enfin, un mouvement de fièvre qui débute le plus souvent par du frisson et qui ne dure que peu de temps.

IV. M. Gerhardt avait publié précédemment, sous le nom de tumeur pulsatile de la rate, deux cas de tuméfaction splénique en rapport avec une lésion cardiaque, avec pulsations perceptibles au siège de l'organe tuméfié. M. Prior publie deux nouvelles observations de cette variété de tuméfaction de la rate.

La première concerne un homme de trente-cinq ans, affecté depuis plusieurs années déjà d'une insuffisance aortique avec hypertrophie du ventricule gauche, lorsqu'il fut atteint de la fièvre typhoïde ; c'est à ce moment qu'on eut l'occasion de constater l'existence de pulsations très nettes, qui avaient pour siège la rate augmentée de volume au point de déborder le rebord des fausses-côtes de plusieurs centimètres. Ces pulsations gagnaient en force aux points où l'on exerçait avec le doigt une pression sur la rate.

Pareille constatation a été faite chez un forgeron affecté d'une hypertrophie du ventricule gauche, sans lésion valvulaire ou d'orifice (cœur forcé), lors d'une atteinte de pneumonie franche que subit le malade.

En somme, dans les exemples de tumeur pulsatile de la rate, connus jusqu'à ce jour, on trouvait réunies les conditions pathogéniques suivantes : tuméfaction de la rate, fièvre, hypertrophie du ventricule gauche. D'accord avec M. Gerhardt, M. Prior conclut que les conditions nécessaires pour que se produisent ces pulsations de la rate sont : un accroissement de la pression intra-vasculaire et un relâchement des vaisseaux de la paroi, occasionné par la fièvre.

V. Le professeur Gerhardt fait remarquer que la production du double souffle crural, dans les cas d'insuffisance aortique, exige un développement exagéré de force contractile de la part du muscle cardiaque, mais qu'il est des symptômes de l'insuffisance aortique, tels que les pulsations du foie et de la rate, qui, pour se produire, exigent l'intervention d'autres facteurs. C'est ainsi que Gerhardt a observé les pulsations de la rate et du foie chez un sujet affecté d'une insuffisance aortique, au moment où le malade était en proie à des coliques saturnines ; une fois le paroxysme douloureux dissipé, les pulsations ont disparu. Même constatation a été faite chez un malade en puissance d'une intoxication saturnine et, de plus, affecté d'un rhumatisme articulaire avec endo et péricardite, et pneumonie rhumatismale.

Toutefois, Gerhardt nie que les pulsations de la rate surviennent exclusivement dans des cas d'insuffisance aortique compliquée d'un des facteurs pathogéniques (fièvre, coliques saturnines) mentionnés plus haut ; chez un tuberculeux qu'il a observé, chez lequel un empyème à gauche avait déterminé un déplacement considérable du cœur vers le côté droit, sans qu'il existât le moindre signe d'une lésion organique, on pouvait constater l'existence de pulsations très nettes sur la rate. Ce fait est à rapprocher de l'observation de Prior, citée plus haut : pulsations de la rate chez un pneumonique porteur d'une hypertrophie du ventricule gauche, sans signe d'insuffisance aortique.

VI. D'après M. Jacantini, l'emploi de la strychnine est préférable à celui de l'ergotine, pour pratiquer des injections parenchymateuses dans la rate engorgée sous l'influence de l'intoxication palustre. La strychnine, au dire de l'auteur agit sur les éléments contractiles de la rate avec moins de brusquerie ; il n'y a pas à craindre, comme avec l'ergotine, des contractions immédiates et énergiques, entraînant comme

conséquences possibles la rentrée d'une grande quantité de virus paludéen dans le torrent circulatoire.

M. Jacantini a expérimenté sur des sujets de notre espèce, d'abord avec des solutions de sulfate de strychnine à 0,50 0/0, puis avec des solutions à 0,75 0/0; la dose quotidienne de liquide injecté était de vingt gouttes. Il a constaté que ces injections contribuent à faire diminuer l'engorgement de la rate, et qu'elles étaient inoffensives.

VII. M. John Lucas préconise, pour le traitement de l'engorgement de la rate, l'administration interne du fluorure d'ammonium associé au fer. Il a prescrit à un assez grand nombre de malades l'usage d'une solution de fluorure d'ammonium à 8 0/00, à prendre par prises de 0g,30 dans 30 gr. d'eau, au nombre de trois dans la journée, après les repas. Tous les deux jours, la valeur de ces prises était augmentée progressivement, jusqu'à 1 gr. et plus. Quand le médicament est administré après le repas, il est en général bien toléré par les organes digestifs. Cependant, au début, les malades sont pris de nausées, et, dans la suite, ils ont un peu de diarrhée. L'appétit est accru. La plupart des malades se sont plaints de douleurs assez vives dans la région de la rate. Peu à peu cet organe revenait à ses dimensions normales. La durée moyenne du traitement a été de trois mois. L'association du fer au fluorure d'ammonium a pour effet de diminuer les inconvénients qu'entraîne l'administration de ce sel.

A noter que le fluorure d'ammonium est doué d'une certaine action fébrifuge; que, d'autre part, sous l'influence de l'administration de ce sel, la pression intra-vasculaire s'abaisse.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des progrès accomplis sur la question de la rage et de la part qui en revient a la théorie nerveuse, par le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine. — Masson, éditeur. Paris, 1888.

C'est avec le plus vif intérêt que nous avons lu ce travail. Si l'auteur veut bien rendre à César ce qui appartient à César, s'il concède à M. Pasteur tout le mérite du traitement préventif de la rage, il demande qu'on lui accorde en retour la priorité au point de vue de la détermination précise du siège du virus rabique dans l'organisme. Et, après cela, toute la question roule sur le fait de savoir par quelle voie ce même virus arrive jusqu'aux centres nerveux. Tandis que M. Pasteur et son école admettent l'absorption et la propagation par le sang, M. Duboué maintient énergiquement que l'agent producteur de la rage ne s'absorbe pas, qu'il se propage insensiblement le long des fibres nerveuses atteintes par le liquide virulent. Ce sont du reste les conclusions auxquelles il était déjà arrivé en 1879, dans son livre : *De la physiologie pathologique et du traitement rationnel de la rage*.

La période d'incubation, d'autant plus courte que l'inoculation a lieu plus près du bulbe, qu'elle porte sur un animal de plus petite taille, inexplicable par la théorie sanguine, est en parfaite harmonie avec la théorie nerveuse. Et cette dernière fait seule prévoir le succès des inoculations préventives, seule encore elle justifie certaines cautérisations tardives.

La théorie nerveuse rend également compte de la gravité des morsures à la face insuffisamment traitées par des injections de virus faites à la région des hypocondres. En désaccord avec les doses intensives, elle semblerait indiquer des inoculations faites le plus près possible du bulbe, l'important paraissant être de faire arriver en ce point les virus faibles, les virus atténués, avant les virus forts, inoculés de n'importe qu'elle façon.

Les arguments de M. Duboué ont, depuis la publication de ce mémoire, reçu en partie la consécration du contrôle expérimental. MM. di Vestea et Zagari (de Naples) déclaraient à la dernière *Association médicale italienne* tenue à Pavie, qu'ils avaient obtenu la rage en inoculant une goutte de virus dans un tronc nerveux périphérique, que la période d'incubation, ainsi que les symptômes observés, avaient varié selon le nerf inoculé, que l'affection ne se déclarait pas après section du nerf au-dessus du point lésé ou que, du moins, elle se manifestait après une incubation beaucoup plus longue.

Le pansement antiseptique ; ses principes ; ses nouvelles méthodes ; — Manuel pratiques, par J. de Nussbaum, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Munich. 2e édition, traduite sur la 3e édition allemande par le docteur E. de la Harpe (de Lausanne). 1 volume in-16 de 360 pages. — J.-B. Baillère et fils, éditeurs. Paris, 1888.

L'excellence du pansement antiseptique n'est plus à démontrer : sous son influence, la mortalité diminue, la maladie s'abrège en perdant tous les jours de ses dangers et de ses tortures. Il importe donc que tout chirurgien soit au courant de sa méthode, qu'il connaisse encore les modifications heureuses apportées aux procédés primitifs, afin de tirer de son application tout le parti possible. Pour atteindre ce but, il n'aura qu'à parcourir les feuillets de la présente édition.

Divisée en plusieurs chapitres, elle contient, avec l'exposé des principes sur lesquels est basée l'antisepsie, l'étude successive de l'infection et de ses divers modes, des complications des plaies et de leur traitement, des règles fondamentales de tout bon pansement, des nombreuses substances actuellement en usage ainsi que des moyens pour les employer. Deux paragraphes fort intéressants sont consacrés à l'antisepsie en temps de guerre et à la campagne.

Voilà pour la partie théorique. La partie clinique est traitée dans la deuxième moitié de l'ouvrage à l'aide d'exemples d'opérations et de pansements antiseptiques destinés à mettre sous les yeux du lecteur la pratique des méthodes décrites. On lira avec intérêt les pages consacrées à l'ostéotomie, au tic douloureux, au goître, au cancer du rectum.

Traduit dans un style sobre et fort clair, ce manuel est destiné à rendre aux médecins praticiens les plus réels services. Nous ne pouvons que regretter l'omission de beaucoup de noms français dans la plupart des citations de l'auteur et, pour ne parler que du microbisme latent, il valait bien la peine, nous semble-t-il, de prononcer le nom de M. Verneuil.

Ruptures de l'urèthre chez l'homme et leur traitement, par M. le docteur A. Etienne. In-8 de 68 pages. — O. Doin, éditeur, Paris, 1887.

Ce mémoire, couronné par l'Académie de médecine, est une monographie complète et fort intéressante sur les ruptures du canal de l'urèthre.

Après avoir bien défini l'affection qu'il se propose d'étudier et s'être suffisamment appesanti sur les considérations anatomiques nécessaires à l'intelligence du sujet, l'auteur examine les causes et le mécanisme des ruptures. Rares dans la portion pénienne et résultant généralement d'un excès de torsion ou d'une exagération de courbure, elles se montrent plus fréquemment dans la région périnéale antérieure, consécutives à une chute à califourchon sur un corps plus ou moins volumineux. La solution de continuité siège dans ces cas à la paroi inférieure ou inféro-latérale du canal, ainsi que Terrillon l'a parfaitement démontré. Dans la portion périnéale postérieure, l'urèthre ne pouvant fuir devant le corps contondant, est pour ce motif susceptible d'être déchiré, soit par des fragments osseux, soit même par la simple dislocation momentanée que les os ont pu avoir à subir.

Passons rapidement sur l'anatomie pathologique des ruptures, qu'elles soient interstitielles, qu'elles intéressent la muqueuse et le tissu sous-jacent, qu'elles portent sur toute l'épaisseur de la paroi, et rappelons leurs symptômes caractéristiques : une douleur variable, mais plus accusée au niveau du point lésé; des troubles de la miction pouvant aller jusqu'à la rétention complète; de l'uréthrorrhagie susceptible d'être encore accrue par les efforts du malade et plus souvent par les tentatives dangereuses et infructueuses faites par la médecine pour introduire une sonde dans la vessie; un état plus ou moins ecchymosé des parties voisines.

Le traitement des ruptures a été particulièrement bien traité. La première indication étant de donner un libre cours aux urines, les résultats fournis par le cathétérisme, par la ponction hypogastrique, rectale ou périnéale, y sont successivement exposés.

La lecture des pages relatives à la recherche du bout postérieur est recommandable, car on y voit les difficultés à surmonter et l'énumération des nombreux procédés les plus communément employés pour atteindre ce but. L'insuffisance de ces derniers est parfois telle que force est de recourir au cathétérisme rétrograde. L'auteur étudie les moyens de le pratiquer, la façon de placer la sonde, de l'y maintenir, et se résume en de sages conseils basés sur la pratique de nos meilleurs maîtres.

Voilà pour le traitement général : les variantes qu'il comporte, suivant que le cas est grave ou léger, que la rupture intéresse la portion pénienne ou périnéo-bulbaire, qu'elle est partielle ou complète, sont encore l'objet d'une excellente étude.

Signalons enfin le chapitre consacré à l'histoire des ruptures pathologiques toujours secondaires et consécutives à un rétrécissement ou à l'obstruction du canal par un calcul.

Ch. Amat.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, 23e année, 1887, par M. P. Garnier. Un volume in-12° de 534 pages. — Félix Alcan, 1888. Prix : 7 francs.

Nous n'irons plus aux bois, les lauriers sont coupés, ainsi s'exprime ou à peu près l'auteur de ce Dictionnaire, M. P. Garnier, que depuis vingt-trois ans nous suivons avec un vif intérêt dans la tâche délicate pénible et en même temps méritoire qu'il avait assumée de tenir les praticiens au courant des progrès de la médecine et de la chirurgie.

Il paraît que son éditeur arrête à l'année 1887 la série de ces vingt-trois volumes qui formaient une encyclopédie bien intéressante. Nous croyons comprendre que le succès ne répondait pas aux efforts de l'auteur et aux sacrifices de l'éditeur. C'est vraiment dommage, et beaucoup regretteront ce compagnon annuel qui venait chaque année leur dire tout ce que l'année précédente avait produit dans notre science si accumulée de faits et de découvertes souvent contradictoires.

Nous avons dit souvent, en rendant compte du volume, qu'il comblait une lacune, celle des grands dictionnaires, dont l'un aujourd'hui terminé, et l'autre à la veille de l'être, et qui ayant mis si longtemps à paraître, ne pouvaient représenter dans leurs articles jadis, il y a dix et même vingt-huit ans, l'état de la science.

Le volume qui termine la série, le chant du cygne, si l'on peut ainsi dire, n'était pas moins complet ni moins instructif que le précédent. Depuis l'antisepsie jusqu'à la rage, depuis l'hypnotisme jusqu'au vertige ptosique, il nous disait toutes les recherches, toutes les observations, toutes les expériences faites en vue d'un progrès réel de l'art de guérir.

Ce Dictionnaire est complet. Nous ne voulons pas l'analyser, de peur de ne l'être pas nous-mêmes et de ne donner qu'une faible idée du travail de l'auteur. Mais nous le saluons avec une sympathie cordiale, et quoiqu'il nous dise, nous nous séparons aujourd'hui de lui, non par un adieu définitif, mais par un au revoir plein d'espérance.

Dr C. Delvaille.

NOTES & INFORMATIONS

— M. le docteur Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Russie, pour y étudier les questions d'enseignement médical relatives aux maladies nerveuses.

— M. le docteur Mauriac, inspecteur de la salubrité à Bordeaux, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier en Angleterre, en Allemagne et en Autriche, la question de l'assistance publique à domicile.

Le Conseil académique et les manifestations boulangistes de Nancy. — Le Conseil académique de Nancy s'est réuni pour juger M. Marconnet, étudiant en médecine, condamné à deux mois de prison pour participation à des manifestations boulangistes.

Le Conseil, considérant que M. Marconnet était le plus jeune des condamnés, qu'il n'était pas l'auteur direct de l'affiche excitant la population à manifester; qu'enfin, étant Alsacien, il avait pu, dans une certaine mesure, croire au général Boulanger, a conclu à la réprimande simple.

M. Marconnet pourra donc continuer à suivre les cours de la Faculté de médecine.

Autopsie de l'empereur Frédéric III. — L'autopsie de l'empereur Frédéric III a été faite par M. Virchow en présence des docteurs Mackensie, Hovell, de Wegner, Bardeleben, Bergmann, Waldeyer, Bramann et Langerhaus. M. Waldeyer s'est chargé des préparations microscopiques.

L'autopsie n'a porté que sur les organes directement atteints : cou, larynx et poumons, tandis que les autres organes n'ont pas été touchés.

On a constaté une destruction complète du larynx par le cancer et une bronchite putride par suite de l'aspiration de substances infectieuses. Tout le larynx était complètement détruit par suppu-

ration et offrait l'aspect d'une masse molle et flasque. On a remarqué surtout qu'il ne restait presque plus de traces de la charpente cartilagineuse du larynx. A la place du larynx existait une grande cavité. Pas de perforation de l'œsophage, bien que l'empereur ait eu de l'enrouement dans les derniers jours de sa vie, ce qui avait fait supposer une communication entre l'œsophage et la trachée. Mais ces symptômes étaient dûs à ce que le larynx, privé de sa charpente cartilagineuse, s'était tassé sur lui-même, permettant ainsi l'introduction de liquides dans les poumons.

M. Mackensie, sur l'ordre de l'empereur Guillaume II, a fait un rapport sur la maladie de l'empereur défunt, dans lequel il dit :

« Il n'est nullement douteux que la maladie de l'Empereur Frédéric était un cancer du larynx. Le diagnostic était rendu difficile par le fait que, dès le début de la maladie, les cartilages en avaient été atteints et que le processus pathologique se développait surtout dans les couches profondes des tissus cartilagineux, ce qui modifiait la symptomatologie. »

Le rapport de M. Mackensie, écrit en anglais, est contenu dans une page et demie in-quarto.

(*Gazette de Cologne.*)

— La première session de la Société anatomique de Grande-Bretagne et d'Irlande a eu lieu le 23 juin à Cambridge.

La prostitution en Finlande. — La Diète de Finlande, réunie cette année, a adopté définitivement l'article suivant (C. P., chap. 20, art. 9) :

« Si, dans tout autre cas que ceux de minorité, de faiblesse d'esprit, de proche parenté, etc., un homme et une femme sont convaincus de cohabitation clandestine, ils seront punis, au maximum, d'une amende de 40 marcs pour l'homme et de 20 marcs pour la femme. »

On voit que la Finlande est un pays froid. Quelles mœurs pures! La simple cohabitation est punie de 20 à 40 marcs d'amende. En France, une semblable loi ferait simplement augmenter le prix des loyers du prix de l'amende, mais n'empêcherait pas la cohabitation.

Caravane hydrologique. — En présence du succès de la Caravane hydrologique qu'elle avait organisée sous son patronage en 1887, la Société française d'hygiène vient d'organiser une nouvelle excursion qui permettra de visiter dans les mêmes conditions les stations climatériques et thermo-minérales de la Suisse et des Vosges. L'excursion aura lieu du 15 au 31 août prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Lucerne, Zurich, Pfœffers, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, Bussang, Vittel, Contrexéville, Martigny, Dourbonne et Sermaize.

La Compagnie des Chemins de fer de l'Est a bien voulu accorder une réduction de 50 0/0 en faveur des excursionnistes qui prendront part à la Caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la Caravane, de concert avec les municipalités, le corps médical et les Sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique. Des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents.

Ceux qui désirent y prendre part doivent s'adresser, pour les renseignements complémentaires, à M. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, 49, avenue Wagram, à Paris.

Les listes d'adhésion seront closes le 31 juillet.

R. F. D.

NOUVELLES

— Dans le cours de la présente saison thermale, M. l'inspecteur général des services sanitaires visitera, avec un ingénieur des mines, un certain nombre d'établissements thermaux. Cette inspection portera sur l'aménagement des eaux et sur les installations balnéaires.

— Par arrêté, en date du 21 juin, l'ouverture de la session d'examens du mois d'août, pour les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe, aura lieu au plus tard dans les huit premiers jours du mois, et celle du mois de novembre, du 5 au 10 de ce mois.

— M. Valude, chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine de Paris, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1889.

— M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'Asile national de Vincennes, auditeur près le Comité consultatif d'hygiène publique de France, a été nommé secrétaire de ce Comité, en remplacement de M. le docteur Vallin, démissionnaire.

— M. le docteur Paul Loye, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médico-légal en Allemagne et en Autriche.

Bureau central. — *Médecine.* — Le Concours pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Marie, Netter et Gilbert.

Concours du clinicat médical. — La dernière épreuve a eu lieu à la Charité.

Ont été nommés chefs de clinique titulaires : MM. Duflocq et Fouhert; chefs de clinique adjoints : MM. Ménétrier et Hischmann.

Bordeaux. — Le Concours pour la nomination de deux chefs de clinique médicale s'est terminé par la nomination de MM. Blanc-Fontenille et Aucher.

MM. Cassaet et Martin-Dumagny sont nommés comme chefs de clinique adjoints.

M. Picot, en annonçant le résultat du concours, a témoigné, au nom du jury et en son nom personnel, toute sa satisfaction sur le résultat général des épreuves.

Il a adressé ses plus vives félicitations aux candidats.

— La Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, après avoir reproduit le décret relatif aux Concours pour l'agrégation, le fait suivre des réflexions suivantes :

« La Faculté de Bordeaux, qui avait droit à la nomination d'un agrégé de pathologie externe, s'est vu, tout à fait à l'improviste, supprimer cette place. Existe-t-il là une simple erreur? Nous le désirons vivement. La suppression, par acte d'autorité, d'une place sur laquelle comptait un certain nombre de candidats, serait un déni de justice auquel nous ne voudrons pas croire avant d'avoir été plus amplement informé. »

— Un concours pour une place de chirurgien des hospices de Saint-Etienne s'ouvrira le 10 décembre 1888 à Lyon, devant un jury composé de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne.

Faculté de médecine de Lille — Dans sa séance du 23 juin, le Conseil de la Faculté de médecine a présenté pour la chaire d'anatomie, actuellement vacante à ladite Faculté :

En première ligne, M. Debierre (Charles-Marie), agrégé des Facultés de médecine.

En deuxième ligne, M. Demon (François-Xavier-Nicolas), agrégé des Facultés de médecine.

— M. Danoux, suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, est nommé professeur de clinique ophthalmologique à ladite Ecole (chaire nouvelle).

— M. Allaire est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à l'Ecole de médecine de Nantes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Dubar. Sarcome ostéoïde. — M. Nodot. Indications opératoires dans les luxations anciennes du coude.

M. Micovici. Etude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx. — M. Lemoine. Quelques observations médicales recueillies pendant une campagne au Gabon. — M. Le Page. Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. — M. Cayet. Fistules biliaires hépato-bronchiques. — M. Bonifas. Des suites rénales de la fièvre typhoïde.

M. Lemarinier. La transmission de la variole et l'isolement des varioleux dans les hôpitaux. — M. Bobinet. Tuberculose pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde.

M. Durel. Essai sur la maladie de Dupuytren. — M. Œconomou. Contribution à l'étude de la varicelle (Spécificité, non inoculabilité).

M. Bellamy. Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général, et du plancher buccal en particulier (Avantages des sections osseuses). — M. Yersin. Etude sur le développement du tubercule expérimental.

M. Martin (Noël). Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. — M. Ballière. Recherches expérimentales sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur. — M. Degail. Des hémorrhagies intestinales des tuberculeux. — M. Duval. Etudé sur 22 cas de sub-involution utérine.

M. Leplat. Cancer pleuro-pulmonaire (au point de vue clinique et anatomo-pathologique). — M. Arnaud Léon. Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme.

M. Hameau. Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé. — M. Colin. De la nature infectieuse du tétanos (Etude historique). — M. Demoulin. Ostéomyélite chronique d'emblée.

M. Bertrand. Contribution à l'étude de l'entorse : de son traitement par le massage. — M. Laurent. Les gynécomastes. — M. Doat. Des difficultés de l'allaitement. — M. Nivière. Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré.

M. Rosenthal. Du traitement des fractures de la clavicule. Bretelles des épaules préconisées par M. le professeur Lannelongue. — M. Demetriade. Traitement des plaies par armes à feu de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif.

M. Marguet. Kystes hydatiques des muscles volontaires. — M. Chuquet. Etude sur le cathétérisme rétrograde.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

26. M. Sicard. Etude sur le mimétisme. — 27. M. Pinard. Quelques considérations sur l'hygiène des navires employés comme transports pour la Nouvelle-Calédonie. — 28. M. Houdart. Contribution à l'étude de la terpine en thérapeutique. — 29. M. Larauza. Sur un cas de hernie inguinale oblique interne chez un nouveau-né. — 30. M. Baisnée. Contribution à l'hygiène nautique du choléra à bord des navires de la marine française. — 31. M. Comte-Laganterie. Etude sur une épidémie de bengue en Nouvelle-Calédonie (1884-1885).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE 1886.

M. Wenzinger. Des ecchymoses sous-pleurales et sons-péricardiques. — M. L. Cahen. Etude comparative des différents procédés d'analyse biologique des eaux potables (appliqués à quelques eaux de Nancy). — M. Cardot. Recherches expérimentales sur l'extrait du *Coronilla scorpioides* (Coronille). — M. Pierron. Recherches expérimentales sur les bouquets artificiels de vins et les principales essences des divers spiritueux. — M. Renaud. De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques.

M. Brullard. Considérations générales sur l'état hypnotique. — M. Haushalter. Recherches sur le cœur sénile. — M. C. Etienne. Etude critique des différents traitements de l'ophthalmie sympathique. — M. Beno. Essai sur la syndactylie congénitale. — M. Lefranc. Etude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. — M. de Langenhagen. Contribution à l'étude du traitement des cataractes non mûres (Maturation artificielle et lavages intra-oculaires). — M. Toussaint. Des principaux modes de traitement employés à la cure des kystes hydatiques du foie.

M. Bauquel. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les alcoolisés. — M. Louis. Etude sur une épidémie de rougeole. — M. Willaume. De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde. — M. Lorain. De l'eau chaude en obstétrique. — M. Saint-Rémy. Recherches sur la portion terminale du canal de l'épendyme chez les vertébrés.

M. Toussaint. Contribution à l'étude de l'ectasie artérielle généralisée. — M. Clarke. Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 AU SAMEDI 30 JUIN 1888.

Fièvre typhoïde 8. — Variole 1. — Rougeole 15. — Scarlatine 4. — Coqueluche 3. — Diphtérie, croup, 24. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 178. — Autres tuberculoses 27. — Tumeurs : Cancéreuses 49. — Autres 6. — Méningite 31. — Congestion et hémorr. cérébrales 40. — Paralysie 1. — Ramollissement cérébral 5. — Maladies organiques du cœur 45. — Bronchite aiguë 9. — Bronchite chronique 28. — Broncho-pneumonie 15. — Pneumonie 41. — Gastro-entérite : Sein 12. — Biberon 41. — Autres 6. — Fièvre et périt. puerpérales 9. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 18. — Sénilité 22. — Suicides 9. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 176. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine : 841 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par M. E. Lecorché, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. Ch. Talamon, médecin des hôpitaux. Un volume grand in-8o de 780 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur Schüle, médecin de l'asile d'Illeneau, etc. Troisième édition, traduite par les docteurs J. Dagonet et Duhamel, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le docteur H. Dagonet, médecin de l'Asile Sainte-Anne, etc. Premier fascicule, volume in-8o. Le second et dernier fascicule paraîtra fin juin. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, tome VII, fascicules 4 et 5, fin de l'ouvrage. — Maladies des organes génitaux de la femme; Maladies des membres. — Prix : 6 fr. — Paris, 1888, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants. — Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

La Folie érotique, par P. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-16 de 157 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La vingt-troisième année du DICTIONNAIRE ANNUEL DES PROGRÈS DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES, par le docteur P. Garnier, vient de paraître à la librairie Félix Alcan.

L'auteur enregistre tous les progrès accomplis dans les sciences médicales pendant l'année 1887, tant en France qu'à l'étranger. Nous signalerons parmi les articles les plus importants ceux qui concernent la pathogénie microbienne, la phthisie, la tuberculose, l'hypnotisme thérapeutique, l'alcoolisme, la prostitution et la syphilis. Dans l'ordre médico-chirurgical : les nouveaux antiseptiques, anesthésiques et antithermiques, et enfin les relations des opérations de laparotomie, néphrectomie, de laryngectomie, etc., qualifiées d'audacieuses par quelques-uns, mais ayant cependant pris leur place dans la pratique journalière. Un fort volume in-12. Prix : 7 francs.

Manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière, publié par le docteur Bourneville, médecin de Bicêtre, directeur des écoles municipales d'infirmières, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, C.H. Petit, Vendol, P. Regnard, Sevestre et P. Yon. Cet ouvrage, adopté par les écoles départementales et municipales d'infirmiers et d'infirmières du département de la Seine et de Paris, est divisé en trois volumes dont les titres suivent : Tome I : Anatomie et physiologie. — Prix : 2 francs. — Tome II : Pansements. — Prix : 3 fr. 50. — Tome III : Femmes en couches, Médicaments. Petit dictionnaire. — Prix : 2 francs. — Les trois volumes réunis : 5 francs. — Troisième édition, revue et augmentée. — Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine. Un volume in-8o de 370 pages avec 50 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 28 14 JUILLET 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DE L'HYOSCIAMINE COMME HYPNOTIQUE, par GEORGES LEMOINE, agrégé à la Faculté de Lille, médecin-adjoint à l'Asile de Bailleul.

I

Les propriétés hypnotiques de la jusquiame et de son alcaloïde sont connues depuis bien longtemps, et pourtant elles n'ont jamais été utilisées dans la thérapeutique courante. Ce médicament ne jouit d'aucune faveur auprès des praticiens : beaucoup le regardent comme dangereux et bien peu s'en servent. Il faut peut être voir là le résultat de la réaction marquée qui se produisit jadis contre l'engouement dont la jusquiame avait été l'objet à la fin du siècle dernier, et peut-être aussi des accidents mortels qui furent la conséquence de son emploi à haute dose. Quoiqu'il en soit, je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'aujourd'hui la jusquiame, et surtout l'hyosciamine, ne sont nulle part utilisées, ni dans les hôpitaux, ni dans les asiles, comme agent hypnotique usuel.

La physiologie et la clinique s'accordent pour nous présenter l'hyosciamine comme un des produits qui amènent le plus sûrement le sommeil. D'après Schroff (de Vienne), qui l'étudia comparativement avec les alcaloïdes de la stramoine et de la belladone, elle donne seule un sommeil calme et profond et trouve sa principale indication quand il s'agit de calmer une toux quinteuse et de provoquer un sommeil tranquille. On trouve toutefois peu de renseignements sur elle dans les Traités de thérapeutique : Trousseau est bref à son égard, et il en est de même de Rabuteau, de Nothnagel et Rosebach, etc., etc. C'est uniquement dans les thèses et les mémoires originaux qu'il faut chercher pour se faire une opinion sur son action hypnotique, la seule dont je m'occuperai ici.

Ce sont les aliénistes étrangers qui ont surtout étudié cette question, car en France l'hyosciamine a été à peine expérimentée, même dans les asiles. Un des premiers, en 1877, le docteur Lawson (1) s'en est servi dans les cas d'agitation, chez des malades atteints d'affections diverses. Il note la curieuse action qu'elle exerce chez les maniaques déchireurs, dont elle fait rapidement disparaître la manie de lacérer les vêtements. Chez les déments, dont les actes sont automatiques et inconscients, elle ramène le calme et le sommeil; mais c'est surtout dans l'épilepsie qu'il observa d'heureux résultats. M. Lawson employait des doses encore assez élevées, un quart à trois quarts de grain par jour : il insiste sur l'innocuité de cette substance (le grain anglais est d'environ 65 milligrammes).

(1) MENTAL SCIENCE, 4e trimestre, 1877.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Trois *satisfecits*. — Préparation posthume des médecins auxiliaires. — Mesure insuffisante de l'adjonction de médecins à la Commission de classement — *Payer de sa personne.* — Le grand procès du Caducée. — Stage des médecins de l'Armée territoriale. — Le suicide pharmaceutique. — Le médecin inspecteur-général. — Des Inspecteurs manquant de Direction. — Une fonction pour le fonctionnaire. — Le médecin du fusil Lebel. — Paternités adoptives du Conseil de santé. — Le concours en fin de siècle. — Les Prix de médecine militaire en 1889 — Le concours pour l'emploi d'élève du Service de santé; « l'oral » pour l'admissibilité. — M. Gadaud et l'Ecole du Service de Santé militaire. — Démissions et retraites anticipées. — Les villes s grandes passions. — Rénification des soldes. — Les médecins de la marine au Tonkin et Annam.

Il a été donné depuis trois mois plusieurs satisfactions à nos critiques-causeries.

C'est une satisfaction de le confesser.

D'abord, et ceci nous touche fort, l'avancement de nos distingués confrères de l'Armée territoriale a été relevé plus à leur taille, on a créé des majorats en certain nombre et l'on n'assiste plus à cette diminution *externe* de savants équipés de façon un peu juvénile pour le prestige en sous-lieutenants et dont les manches et le galon étaient de notoriété trop courts.

On y a mis les rallonges que de droit.

Nos dévoués camarades feront désormais campagne, non-seulement avec l'autorité, la commandature et la solde que de raison — mais à leur place

Le second *satisfecit* est de détail, il s'agissait si l'on s'en souvient « de cours à faire en *novembre* pour leurs examens d'*août* à MM. les médecins auxiliaires. »

Cette rétroactivité — comme une espèce de choc en retour — laissait rêveur, et bien que nous ayons nous même préparé sur la matière (1), elle nous troublait quelque peu, cette préparation *après*.

Eh bien, tout est devenu limpide, la langue a simplement fourché

(1) *Aide Mémoire du Médecin auxiliaire.* — 1 fr. 50. Paris, Ollier-Henry, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine. *2e édition.*

Mendel (1) de Berlin, a répété les expériences de Lawson et a pu se convaincre de leur exactitude. Il employait l'hyosciamine à la dose de 0,002 à 0,01, donnée en injections hypodermiques trois fois par jour; il constata une action réelle sur la manie de détruire qu'ont certains aliénés, et l'attribua à une paralysie des centres moteurs, qui entraînerait avec elle une diminution de la force nécessaire pour déchirer.

A la même époque, Georges Savage (2) publie un long mémoire sur l'hyosciamine et son emploi. Il considère trois espèces d'hyosciamine : 1° Une *cendre* absolument inerte; 2° une *matière granulée* très énergique; 3° *l'hyosciamine extractive*, qui lui paraît la plus apte à rentrer dans la pratique. Les résultats obtenus avec l'hyosciamine granulée ne sont pas encourageants; jamais la dose ne peut être poussée au-delà de 0,004 milligr. et, même quand elle est faible, son emploi est des inconvénients. Au bout d'une heure ou deux, l'effet hypnotique se produit et persiste pendant douze à dix-huit heures; la sécheresse de la gorge, des vomissements et même du collapsus, peuvent se produire et par conséquent doivent faire rejeter ce médicament.

L'hyosciamine extractive, plus facile à manier, peut s'administrer à doses plus élevées, jusqu'à un grain; elle produit le calme et n'amène pas de désordres nerveux. L'auteur ne donne dans son mémoire que trois observations; en voici une qui montre que le médicament tel qu'il l'employait n'est pas sans inconvénient :

X..., célibataire, 38 ans. Pas d'hérédité morbide; parents phtisiques. Anxiété religieuse, agitation, hallucinations. La malade se croit la reine de la gloire. Erotisme et état maniaque violent. Un mois après son entrée à l'Asile, on lui donne un quart de grain d'hyosciamine. Moins d'une heure après, prostration, somnolence avec dilatation pupillaire et faiblesse des muscles; le lendemain, amélioration de l'état mental. Le surlendemain, nouvelle dose suivie de l'impossibilité de parler, de se tenir debout; frissons et anorexie. Nouvelle amélioration et suspension du médicament pendant trois jours. Il est repris ensuite à des doses croissantes déterminant chaque fois, comme précédemment, des effets physiologiques puissants et le calme demandé. Au bout de deux mois, tendance à la débilité et cessation du traitement.

(1) ALLGEMEINE ZEISCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE, 1879.
(2) MENTAL SCIENCE, 3e trimestre, 1879 et 1881. Tome II, p. 312.

L'insuccès fut également complet chez une autre femme dont il rapporte l'observation, et il ne cite qu'un cas où la teinture de jusquiame ramena un calme complet. Mais il faut noter que dans ce cas, comme dans les autres, on observait un retour des symptômes aussitôt que l'effet du médicament avait cessé de se produire.

M. Savage obtint des résultats heureux, mais temporaires, en traitant par l'hyosciamine l'agitation des paralytiques généraux et celle des femmes atteintes de manie puerpérale.

J. Gray (1) a fait usage de l'extrait noir de Merck, à la dose moyenne de 10 à 12 milligrammes, et de l'hyosciamine cristallisée, plus rapide et plus sûre dans ses effets, à des doses variant entre 5 milligrammes et *trois centigrammes* dans les vingt-quatre heures. Aucun médicament ne lui a paru plus propre à calmer l'excitation nerveuse, à amener le repos et à faciliter l'alimentation du malade. Parmi les observations qu'il cite comme preuve, la plus curieuse est celle d'une lypémaniaque très excitée, nourrie à la sonde et vomissant constamment. L'hyosciamine, par la méthode hypodermique, à la dose de 10 milligr., arrêta immédiatement les vomissements et produisit un calme qui cessait dès qu'on suspendait l'usage du médicament.

En général, il n'est pas nécessaire de la donner pendant longtemps; il vaut mieux, après quelques jours d'emploi, en suspendre l'usage et la reprendre un peu plus tard, si l'excitation reparaît. Elle a sur beaucoup d'autres calmants l'avantage de ne pas troubler les fonctions digestives.

Richter (2) croit qu'en général les effets de l'hyosciamine dépendent des dispositions individuelles et qu'il est difficile de formuler d'une façon précise les cas où ce médicament peut rendre des services; il l'a expérimentée souvent et a obtenu parfois des résultats heureux là où les préparations opiacées avaient complètement échoué.

Cette manière de voir est partagée par MM. Seppili et Riva (3) qui ont constaté l'action sédative, hypnotique évidente de l'hyosciamine, mais qui hésitent à la conseiller, par suite des inconvénients que présente son emploi longtemps prolongé.

(1) AMERICAN JOURNAL OF INSANITY, 1880.
(2) NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT, 1882.
(3) ARCHIVIO ITALIANO DI FRENIATRIA. — *Sull' Azione della Josciamina*, 1881.

comme à vous ou moi, au *Bulletin officiel du Ministère de la guerre*, il en fait confession plénière dans son numéro 88 : « pour novembre, lisez juillet ».

Le tout est de s'entendre sur les termes.

Il n'en demeure pas moins acquis que les auteurs de ces « morceaux choisis d'Administrature » se relisent peu et qu'il échappe à certains Bureaux de prescrire peut-être par habitude de cette démarche, des préparations « à reculons ».

***

Le dernier point sur lequel on a fait accordailles avec notre texte est l'Avancement.

C'est un grand point.

L'avancement tient tout; c'est le recrutement, la considération du Corps, le ressort de travail, c'est aussi le salut du pauvre blessé; tout, vous dis-je. La *Gazette médicale de Paris* avait défini le classement par les généraux « en général discutable » M. de Freycinet, qui n'est pas général, a pu sans paraître se diminuer adjoindre si peu de médecins que ce soit à la Commission supérieure qui jusqu'ici choisissait le CHOIX.

Et après que les généraux auront dit toute leur pensée sur l'exactitude, la tenue, les talents d'équitation, les médecins glisseront un mot sur les talents de diagnostic.

Je veux bien que c'est le petit côté. Et que l'*Aptitude* universelle imaginée par deux directeurs aptes au même degré, apportait des simplifications primaires à ce qui paraît de face assez ardu, la jauge des intelligences.

C'est par de pareilles simplifications, un nivellement et une planimétrie factices que sont devenus inspecteurs et que peut-être deviendront inspecteurs encore des savants que le filtre-Pasteur des Concours eût retenu dans le majorat régimentaire pour la plus grande survie peut-être des soldats nos fils et nos frères.

Mais cela ne sera jamais su au clair.

***

On se gardera de faire une statistique des pertes d'hommes (mortalité et réforme) par médecin dangereux — espèce d'enregistreur mécanique — qui au bout de plusieurs années confirmatives *manquerait* le coefficient individuel de diagnostic, habileté opéra-

Si ces auteurs pensent ainsi, c'est parce qu'ils la donnaient, selon moi, à des doses beaucoup trop élevées qui pouvaient s'accumuler et déterminer des accidents. Ils l'ont employée pour amener le sommeil et calmer l'agitation chez les maniaques, surtout quand le malade ne pouvait pas prendre de chloral par la bouche.

Kretz, de Illenau (1), donne l'hyosciamine en injections sous-cutanées, à des doses qui varient de 0,005 milligr. à 0,01 et même 0,03 centigr. par jour. Elle agit comme hypnotique et comme dépresseur du système moteur, et réussit parfaitement dans les cas où les autres narcotiques sont sans action et où domine l'élément agitation (manie chronique avec rémission, folie circulaire, démence avec excitation).

Bacon et Hills (2) en ont retiré de très grands services dans l'excitation maniaque avec insomnie.

Hutchinson (3), de Pittsburgh, expérimenta l'hyosciamine sur lui-même et n'eut pas lieu d'être satisfait de l'expérience à laquelle il s'était soumis. Il est vrai qu'il en prit un centigr. et demi. Cette dose le plongea dans un sommeil comateux qui dura onze heures et d'où on eut beaucoup de peine à le faire sortir. Il conclut en disant que c'est un hypnotique dangereux; il en eut peut-être parlé autrement s'il l'avait employée à des doses plus faibles.

II

Ainsi qu'on peut le voir par ce court exposé historique des tentatives qui furent faites pour introduire l'hyosciamine dans la pratique courante, tous ceux qui s'en servirent sont d'accord pour rendre justice à ses propriétés hypnotiques, mais aussi pour insister sur les dangers de son emploi. Cette crainte exagérée qu'ont eu tous les médecins tient à ce qu'ils la donnaient à des doses beaucoup trop élevées et par conséquent toxiques. Aucun n'a essayé de la prescrire à une dose inférieure à cinq milligr., et plusieurs ont atteint deux et trois centigrammes par jour.

Il faut dire aussi que l'on a voulu trouver dans l'hyosciamine non seulement un hypnotique, mais aussi un médicament curateur, et que, non content de s'en tenir à la dose nécessaire pour amener le sommeil, on l'a donnée pour atténuer et guérir l'excitation journalière des maniaques. Ce résultat n'a pas été atteint et cet insuccès a contribué à jeter de la défaveur sur la médication. Pour faire disparaître, on même seulement pour atténuer l'agitation de certains maniaques, il est nécessaire de sidérer en quelque sorte le système moteur de ces malades et par conséquent de leur donner des quantités considérables d'hyosciamine. On ne réussit pas toujours à calmer leur exaltation, mais on arrive parfois à les intoxiquer. Au contraire, si on ne recherche que l'action hypnotique et si on se contente de ramener le sommeil pendant plusieurs heures par nuit, une dose extrêmement faible suffit, ainsi que j'espère le démontrer, et il n'y a aucun accident à redouter.

III

Pour obtenir expérimentalement avec l'hyosciamine une action physiologique assez forte pour être étudiée, il faut en donner au moins cinq milligrammes; une quantité plus faible ne détermine aucun phénomène appréciable. Nous empruntons à Kretz, qui a étudié la question à ce sujet, le résultat de ses observations. En donnant de 0,005 à 0,01 par jour, en deux injections, il a observé les effets suivants :

Comme action subjective, l'hyosciamine détermine de l'oppression, une forte sensation de gêne thoracique et même de la dyspnée, plus tard du picotement et de la sécheresse de la gorge, de la soif et de fréquents mouvements de déglutition. Elle amène des troubles nerveux et sensoriels, des troubles de la vue, des vertiges; les sujets éprouvent une sensation très pénible de constriction à la tête, ils craignent de tomber s'ils marchent et il leur semble que le sol va manquer sous leurs pieds. L'action objective est encore plus marquée. Deux ou trois minutes après l'injection, la respiration se ralentit, s'accélère ensuite pour reprendre bientôt sa fréquence normale. Il en est de même du pouls, qui baisse d'abord, pour s'accélérer au bout d'un quart d'heure et reprendre enfin son rythme habituel. Plus tard, il y a de la dilatation des pupilles, également prononcée de chaque côté; plus tard encore, de la paralysie des membres inférieurs, incomplète il est vrai, et de la titubation. Dans quelques cas, le malade est tombé comme frappé de la foudre. Aucun trouble de la nutrition.

Quelques expérimentateurs ont noté un pouls filiforme et du collapsus; Kretz n'a jamais constaté ces symptômes. Il n'a

(1) ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE, 1882.
(2) MENTAL SCIENCE, 1881.
(3) THE ALIENIST AND NEUROLOGIST, 1882.

toire, hygiène préventive, tact médical et ferait qu'on s'étudierait davantage à pareilles études, se sentant contrôlé.

On aurait ainsi la courbe et le graphique exact des premiers rôles.

Mais cela dénivellerait trop d'*aptitudes* de mesurer le médecin d'hôpital à ses sauvetages et œuvres cliniques; elle générait trop les oisifs, protégés, gendres, neveux ou cousins issus de germain, cette réforme!

Elle ne peut « être mûre ».

C'est pourquoi l'adjonction de médecins experts à la Commission supérieure de classement ne nous parait qu'une demi-mesure.

Un demi-progrès pavé d'intentions excellentes. Cela vaut mieux certes que la sélection par la vieillesse, où la date de naissance se transforme en coefficient *ad valorem*; mais s'imagine-t-on qu'on fera la tare exacte du savoir sur dossiers et notes secrètes, sur *pièces* sans voir ni entendre, surtout si depuis sa thèse le docteur n'a pu « manifester » et comme d'autres l'épée, tirer sa science au clair.

Saura-t-on s'il est de ces plus dignes auxquels revient le fidéicommis de la vie de notre frère-soldat.

Ce doit être un étonnement fort vif pour nos distingués confrères civils que l'ouvrier le plus humble puisse être soigné dans 50 hôpitaux en province et dans ceux de Paris par un personnel médical d'élite selecté en épreuves difficiles et que le même homme devenu soldat aille descendre aux mains d'un docteur *apte* toujours, mais qui depuis 25 ans, peut avoir fort bien laissé là tous les livres.

« L'Annuaire sous le bras » pour toute bibliothèque.

***

C'est l'exception, certes, beaucoup de médecins militaires nous témoignent leur impatience de donner leur mesure et de conquérir ce CHOIX qu'on quémande contre eux.

Chez quelques-uns même, un peu désorientés de leur altitude, il y a comme remords de conscience de valider l'avancement par des services aux pays lointains et insalubres, en *payant de leur personne*, comme ils disent sans réfléchir qu'ils s'exposent par insuffisance à payer de la personne des autres.

Car enfin, ce ne sont pas les galons même circulaires qui parent à l'insuffisance clinique.

pas remarqué davantage que l'action de l'hyoscyamine soit cumulative.

N'ayant jamais employé que des doses très faibles d'hyoscyamine, je n'ai pas eu l'occasion de constater les symptômes que je viens de citer. Tant qu'on ne dépasse pas cinq milligr., l'action de l'hyosciamine est seulement hypnotique et ne détermine aucun phénomène apparent, ni objectif, ni subjectif. La tendance au sommeil, qui se produit environ une heure après l'absorption du médicament, est la seule sensation éprouvée par les malades.

IV

C'est environ une heure, deux heures au plus après avoir pris un ou deux milligrammes d'hyoscyamine, que le malade commence à ressentir le besoin de dormir. Il y a du reste des susceptibilités individuelles, et tel malade commencera à dormir avant une demi-heure, tandis qu'un autre ne dormira pas avant trois et quatre heures. Le sommeil arrive tout naturellement, sans être précédé d'aucun malaise, pas même de la sensation de pesanteur de la tête que le chloral et la morphine provoquent si fréquemment. L'hyosciamine, employée chez les aliénés très agités, ramène d'abord le calme, puis quelques instants après le sommeil.

Deux milligrammes d'hyosciamine suffisent en général pour amener un effet hypnotique qui se prolonge pendant toute la durée de la nuit, huit heures environ. L'insomnie consécutive à de l'anémie cérébrale, à des excès de travail, à des préoccupations morales, est admirablement calmée par cette médication. Certaines personnes, soumises à ces causes de veille, peuvent, grâce à elle, se procurer un sommeil réparateur survenant rapidement, au lieu d'être agitées et anxieuses jusqu'au matin, moment où d'habitude elles commençaient seulement à s'endormir. Je l'ai donnée à plusieurs reprises à des sujets bien portants, mais névropathes et travaillant beaucoup, en proie chaque nuit à de l'insomnie durant plusieurs heures, et toujours cette médication ramena le calme et le sommeil sans provoquer le moindre malaise.

C'est surtout au réveil que se manifestent les inconvénients de certains médicaments hypnotiques : le chloral, par exemple, détermine à ce moment une fatigue particulière. On a la tête lourde et un peu douloureuse, on est devenu paresseux ; le moindre mouvement est une cause de fatigue, et on cherche à l'éviter ; on est poursuivi par le sommeil, et une paresse intellectuelle accompagne la paresse physique ; tout travail est à peu près impossible, en on tout cas lent et pénible. Cet état de stupeur dure plus ou moins longtemps, selon les personnes, mais quelquefois il persiste pendant une demi-journée. Je n'ai jamais observé de tels symptômes avec l'hyosciamine. Le réveil est facile et n'est suivi d'aucun malaise semblable ; au contraire, le repos de la nuit ayant été plus complet, on est plus apte à faire n'importe quel travail.

Tel est l'effet que produit l'hyosciamine sur les gens bien portants, mais passagèrement en proie à de l'insomnie ; je n'ai pas eu l'occasion de rechercher s'il est le même quand il s'agit d'insomnie liée à une maladie organique, aiguë ou chronique, phthisie, fièvre typhoïde, pneumonie, etc. C'est surtout sur les aliénés que j'ai pu l'expérimenter, et, chez ces malades qui sont pourtant rebelles à l'action des divers hypnotiques, je n'ai obtenu guère que des succès.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA PARALYSIE FACIALE TARDIVE DANS LES FRACTURES DU ROCHER par A. DEMOULIN, prosecteur des hôpitaux.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Physiologie.

Nous avons dit en commençant que la connaissance des fonctions du facial datait du commencement de ce siècle.

Bellingieri (*Dis. mang. de nervis facici*, Turin, 1818), est le premier qui ait songé à s'enquérir de la question de savoir si les deux nerfs de la face, le trijumeau et le facial, différaient ou non par leurs fonctions et leurs propriétés (Longet).

La plupart de ces assertions sont entachées d'erreur.

C'est à Ch. Ball (1821) que revient l'honneur d'avoir reconnu les propriétés différentes des deux nerfs trijumeau et facial qui se rendent à la face.

Longet dit : « Cet auteur avança dans ses premiers mémoires que les muscles des lèvres et des joues étaient mis en mouvement par des nerfs différents, suivant qu'ils étaient soumis à l'expression de la face ou à la mastication. Il rapporta les mouvements du premier genre au facial et le mouvement

---

Pas davantage le grec « caducée ».

Bien que ce dernier ait, paraît-il, induit en tentation spéciale quelques vétérinaires qui ont cru devoir s'agrémenter de cette passementerie coquette pour paraître devant leur clientèle.

On imagine si nos confrères même les plus obèses ont bondi. Toutes affaires cessantes, le ministre a été « saisi » et entre deux voyages dans l'Est, il a dû entendre ces *Plaideurs* qui ont quelque chose de ceux de Racine.

En dernière heure, on ne sait encore qui l'emportera des deux services *iatriques*, *homo* et *hippo*.

Ils se tiennent au collet.

Et l'on pourrait broder longtemps sur ce thème, s'il n'y avait prépossession incontestée et tendance abominable des vétérinaires à prendre le pied et le pas sur les médecins.

Les docteurs, qu'on nous permette ce terme hippique en ce sujet hippique, font de fort belles défenses.

Et ce ne sont pas les pharmaciens qui sont le « moins gourmés. »

*
* *

Le stage récent des médecins territoriaux a été, nous dit-on, écourté en programme ; on les aurait simplement initiés aux secrets, mystères et sonneries de la Visite.

Il eût fallu leur dire davantage et moins banal.

Peut être a-t-on été gêné pour l'instruction d'ensemble et de groupement par l'éparpillement des garnisons ; il est désirable que pour l'an prochain, on pénètre dans le moins rebattu en faveur d'un plus grand nombre de nos excellents camarades.

Il ne faut jamais oublier, même au Ministère, qu'avec ses seize classes, ses hommes d'âge fait, marcheurs, tireurs, de musculature achevée et durcie, l'Armée territoriale sera le résistant et pour ainsi dire le « réduit » de nos forces nationales.

Les médecins de ces troupes plus actives que l'armée active doivent être rompus à tout le fonctionnement et l'imprévu de guerre, de la ligne de feu au poste de secours, à l'ambulance, hôpitaux mobiles et d'évacuation.

Cela beaucoup plus qu'au train-train un peu patriarchal de la visite.

Et il ne faut pas s'illusionner doucement sur les leçons et le professorat possible en guerre des médecins du cadre.

Les médecins du cadre ont des cadres insuffisants.

de ces parties, relatifs à la mastication, à la cinquième paire.» Longet nous apprend encore que Ch. Bell reconnut plus tard son erreur en partie.

Les expériences de Herbert-Mayo, de Hund, d'Estricht, de Magendie, de Gœdechens, de Cl. Bernard, de Backer (strichnine), de Longet (excitation galvanique du nerf) ont établi définitivement que le nerf facial transmet à tous les muscles sous-cutanés de la face le principe de leur contraction.

Dans la plupart des cas que nous rapportons de paralysie faciale tardive à la suite des fractures du rocher, les auteurs ne se sont guère inquiété de ce qui se passe du côté des organes des sens.

Ce qui les a frappé, c'est l'inertie des muscles de la face survenant plusieurs jours après une fracture probable de la base du crâne.

Nous avons voulu, en donnant quelques noms, rappeler simplement le rôle moteur du facial, montrer que la découverte de ce rôle est de date récente. Il ne faut donc point nous étonner si les premières observations de paralysie faciale dans les fractures du rocher n'ont été prises qu'à une date encore plus rapprochée de nous.

OBSERVATION I. — *Paralysie faciale tardive — Fracture du rocher.* (Observation personnelle.)

D... (Eloi), cordonnier, 42 ans. Entré le 11 avril 1887, salle Sainte-Vierge, lit n° 27, service de M. le professeur Trélat.

C'est un homme de taille moyenne, bien constitué. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Jamais malade. Blessé en 1870 par une balle ayant fracturé le fémur gauche.

Pas de syphilis. Le malade n'a jamais eu de vertiges.

Le 11 avril, vers onze heures du matin, sans cause appréciable, le malade est pris de vertige, glisse et tombe sur un trottoir.

Apporté à l'hôpital vers midi. Coma avec résolution musculaire complète. Léger écoulement sanguin par l'oreille. Plaie contuse de la région occipitale. Cette plaie a une largeur de 4 centimètres; elle est oblique en haut et en avant; elle commence à un travers de doigt de la ligne médiane de l'occipital, à deux travers de doigt au-dessus de la protubérance occipitale externe.

Le lendemain, 12 avril, vingt-quatre heures après l'accident, le malade revient à lui. Il se plaint d'étourdissements, de vertiges, de diplopie, sans que l'examen des muscles de l'œil révèle une paralysie de ce côté.

Du côté de l'oreille, on constate une petite perforation du tympan; c'est à elle que doit être attribué le très léger écoulement sanguin par le conduit auditif externe, constaté lors de l'entrée du malade à la Charité.

Les vertiges et la diplopie continuent jusqu'au 15 avril. Ce même jour, on constate la cicatrisation du tympan.

Le mardi, 19 avril, huit jours après l'accident, on constate une légère paralysie faciale à gauche.

Cette paralysie s'accentue le 20 et le 21 avril.

La bouche est déviée et la commissure droite est soulevée par les muscles congénères de ce côté. Dépression de l'aile gauche du nez à chaque mouvement d'inspiration. Le malade ne peut ni siffler, ni souffler; la prononciation des labiales : P, B, est très difficile. A chaque mouvement respiratoire, la joue est soulevée. Préhension des aliments gênée.

L'œil gauche ne peut plus se fermer; l'orbiculaire est paralysé. La langue n'est pas déviée. Pas de troubles dans le goût ni dans la sécrétion salivaire. Rien du côté de l'ouïe. Rien du côté du voile du palais.

Pas de modification dans l'excitabilité électrique (faradique) dans les muscles paralysés.

A partir du 21 avril jusqu'au 29, c'est-à-dire pendant huit jours, malgré l'électricité, la paralysie s'amende lentement.

Les progrès sont plus sensibles jusqu'au 4 mai, époque à laquelle le malade quitte l'hôpital.

Le malade au repos ne semble plus paralysé, mais quant il veut se servir de ses muscles, on voit qu'ils sont moins actifs que ceux du côté sain.

Le 4 mai, le malade peut siffler, souffler; mais l'orbiculaire gauche ne peut encore fermer l'œil complètement. Encore quelques vertiges.

Le 13 mai, je revois le malade. *La paralysie faciale a disparu,* les vertiges persistent.

OBS. II. — *Fracture de la base du crâne. — Paralysie faciale tardive.* Observation recueillie par M. le docteur BARRETTE, chef de clinique chirurgicale de la Faculté (Inédite).

Le dimanche, 21 septembre 1886, entre dix heures et midi, Mme T... se jette par la portière de son coupé, son cheval s'étant emporté. Elle tombe dans la rue en roulant sur elle-même. Perte immédiate de la connaissance. Ecoulement de sang par le nez et l'oreille gauche.

Une demi heure après l'accident, vomissements qui se répètent fréquemment.

Une fois dans son lit, la malade s'agite de temps en temps. Plaintes, vomissements.

Application de sangsues derrière les oreilles; potion à l'acétate d'ammoniaque.

Sur 1221 (Annuaire de 1888), 134 sont en Afrique, 65 au Tonkin; il faut compter sur une vingtaine de détabrés avoisinant la limite d'âge et qui devront subordonner leur bon vouloir à l'impotence équestre.

Il reste à peine 1000 médecins debout en des cadres demeurés à peu près immobiles quand tout s'hypertrophiait autour d'eux.

De quelle façon possible élargir ces cadres, il est délicat de l'établir. Aussi bien par notre temps de Budget avaricieux, il faut immoler d'un côté pour créer de l'autre, et les sacrifices ne vont pas sans gémissements des sacrifiés.

C'est une vertu rare et d'âge lointain que de s'exproprier pour utilité publique.

(A suivre). Dr A. CHASSAGNE.

— M. Malard, préparateur adjoint de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé chef des travaux pratiques du laboratoire de zoologie de l'Ecole pratique des Hautes Etudes (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Bouvier, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1889 devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Un concours s'ouvrira le 4 février 1889 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Un concours sur titres sera ouvert le mardi 7 août pour une place de pharmacien.

Les candidats devront se faire inscrire d'ici au vendredi 27 juillet, à midi, au secrétariat de l'Administration des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, 40.

Le pharmacien qui sera nommé entrera en fonction le 1er septembre 1888. Son traitement sera de 4,500 fr. par an.

Le soir du 21 septembre, la malade se lève seule sur son séant pour uriner.

A dix heures du soir, le pouls est fréquent, avec quelques intermittences; l'agitation persiste.

L'écoulement de sang par le nez et l'oreille gauche cesse, mais par le conduit auditif s'écoule un liquide séreux.

Mictions assez fréquentes et très abondantes; par instants, la malade revient un peu à elle. Vessie de glace sur la tête. Pilules d'opium de 5 centigr.

Pendant la nuit, la malade est très agitée.

Le lendemain, 22 septembre, l'agitation dure encore, mais elle est moindre que pendant la nuit. Lavement purgatif. Sangsues derrière les oreilles.

La température est à 37° le soir. L'agitation a presque disparu. L'état général est relativement bon.

Le 24 septembre, état général satisfaisant, température normale. Apparition des règles.

Le 25, même état. *C'est le quatrième jour après l'accident. Apparition d'un très léger degré de paralysie faciale du côté gauche.*

Le 26, un peu plus d'excitation que les jours précédents.

L'écoulement séreux par l'oreille, qui avait succédé à l'écoulement sanguin le soir de l'accident, a cessé. *La paralysie faciale est bien accusée.* Impossible de souffler, de siffler, de fermer l'œil gauche. Dureté de l'ouïe du côté gauche. Ecoulement par le nez de petits caillots brunâtres venant probablement des sinus.

La malade revient à elle, se rappelle l'accident dont elle a été victime. Température normale. Pouls à 60.

Le 29, température normale. L'état général est bon. Plus d'agitation.

Les suites de l'accident furent des plus simples.

La paralysie faciale disparut au bout d'un mois. La dureté de l'ouïe a persisté du côté gauche.

Il existe bien ici une fracture du rocher, probablement perpendiculaire à son axe.

La paralysie faciale a été tardive; elle n'est apparue que quatre jours après l'accident.

Obs. III. — *Paralysie faciale tardive dans une fracture de la base du crâne.* (Service de M. Le Dentu, 1885.) — Observation recueillie par M. Sechbyron, interne du service (Inédite).

X..., employé, était sur un échafaudage lorsqu'il reçut sous le menton un seau pesant, animé d'une grande vitesse.

Transporté à l'hôpital immédiatement après l'accident (25 décembre 1885).

Coma, stertor à l'entrée. Fracture du maxillaire supérieur gauche. *Ecoulement de sang par l'oreille gauche.* Plaies contuses des lèvres supérieure et inférieure. Division de l'aile gauche du nez.

Suture des plaies au crin de Florence.

Le 26 décembre, lendemain de l'accident, le malade est revenu à lui.

Plus de douleur. Pas de fièvre. Ecchymose sous-conjonctivale des deux côtés.

Le 1er janvier 1886, *cinq jours après l'accident, paralysie faciale gauche.*

Pas de troubles du côté des organes des sens.

Du 1er au 7 janvier, l'état reste stationnaire.

Le 8, la paralysie n'est pas améliorée.

Le malade sort sans avoir en d'accidents un mois après son entrée dans le service. A ce moment, la paralysie faciale est très améliorée, mais elle persiste encore légèrement.

Obs. IV. — *Paralysie faciale tardive. — Fracture de la portion pétrée du temporal. — Ecoulement prolongé de liquide sous-arachnoïdien. — Guérison.* — London Hospital. (Service de M. Adams (Th. Verite).

Nicolas S..., 29 ans, marin, amputé de la jambe et du bras gauches il y a douze ans.

Entre à l'hôpital le 26 septembre 1883 pour une chute ayant amené une fracture de la clavicule et *une hémorrhagie par l'oreille gauche.*

A son entrée, il ne se plaint que d'une faible douleur, un sentiment de pesanteur dans la tête. *Surdité complète du côté atteint.*

L'hémorrhagie par l'oreille dura deux jours; elle fut remplacée *par un écoulement liquide de l'oreille gauche,* tel que si le malade se couchait pour une demi-heure sur le côté droit, le conduit auditif externe gauche s'emplissait à déborder.

Cet écoulement dura en diminuant jusqu'au dix-huitième jour après l'accident, époque à laquelle il disparut complètement.

Le cinquième jour, l'on observe une paralysie faciale à gauche; la bouche était tirée du côté droit. Impossibilité de fermer l'œil gauche.

Bientôt après que l'écoulement séreux eût cessé, c'est-à-dire dix-huit jours après l'accident, le malade trouva qu'il avait en partie recouvré l'ouïe du côté gauche. Cette fonction s'améliora jusqu'à la guérison complète du malade, qui arriva un mois après l'accident.

Le malade sort le 20 octobre.

L'on ne nous dit rien de la paralysie faciale, mais elle n'existait plus certainement, puisque le *malade était guéri complètement.*

Le malade était resté vingt-sept jours à l'hôpital.

Obs. V. — *Paralysie faciale tardive dans une fracture de la base du crâne* (Verneuil). — Thèse de Le Diberder (p. 73).

Etudiant, tombé d'une voiture. Contusion au niveau de l'apophyse orbitaire externe du côté droit. *Il y avait une douleur vive à la région mastoïdienne.*

Le cinquième jour survint une paralysie faciale du côté droit, qui apparut brusquement.

En même temps, abolition de la parole. *Ecchymose à la région mastoïdienne.*

Par émissions sanguines, la parole revint. La paralysie faciale diminue lentement et disparaît.

Un an après, la paralysie faciale du côté droit reparaît avec hémiplégie gauche et convulsions tétaniques. De plus, fièvre intermittente, état cachectique, survenus depuis le début des accidents. Iodure de potassium, hydrothérapie.

Amélioration. Rechute.

Le professeur Verneuil pensa que le traumatisme, léger en apparence, avait produit une fracture du rocher qui fut le point de départ d'une méningo-encéphalite.

Le Diberder ajoute :

« Quoique les signes de cette fracture aient été très peu accusés au début, la marche des accidents en rend cependant l'existence probable. »

Obs. VI. — Th. Chauvel, 1864 — *Essai sur les fractures du crâne.* (Observation I communiquée par M. Aubry, de Rennes). — *Fracture unique à la voûte, multiple, à la base. — Paralysie faciale tardive.*

B..., 39 ans, journalier, tombé le 26 mai 1863 d'une voiture de fumier, sur la tête et l'épaule gauche.

Ecoulement abondant de sang par l'oreille gauche et par le nez. *Plaie* de 1 centimètre de diamètre *sur la bosse pariétale gauche,* au fond de laquelle on aperçoit l'os dénudé sur une petite étendue.

Le 29 mai, *paralysie faciale gauche, c'est-à-dire trois jours après l'accident.* Le malade meurt le 6 juin.

Autopsie du crâne. — La fracture se présente sous forme d'une fissure qui, commençant à la bosse pariétale gauche, à 1 centimètre au-dessus et en avant de la plaie, tombe sur le conduit auditif (externe ?), suit la face supérieure du rocher, *marche parallèlement à son grand axe,* coupe le canal de Fallope et arrive au trou déchiré antérieur.

De ce point partent deux autres traits de fracture, dont l'un se dirige en avant et en dehors sur la grande aile du sphénoïde, où il se termine bientôt, et l'autre traverse le corps du sphénoïde, se continue sur la grande aile à droite et gagne l'extrémité externe de la fente sphénoïdale droite. De l'autre côté de cette fente, un quatrième trait de fracture court sur la petite aile puis la voûte orbitaire droites, traverse la lame criblée et se termine à la bosse orbitaire gauche.

La dissection du nerf facial, pratiquée le 23 juin, donne des résultats négatifs.

OBS. VII. — TH. LE DIBERDER (1869). — Observation recueillie par DEMEULE, interne des hôpitaux.

Max..., homme de peine, cinquante-cinq ans, entre le 26 septembre 1869 salle Saint-Augustin, lit n° 67, service de M. Guérin. Ivre, sa tête frappe contre un mur. Il perd connaissance et revient bientôt à lui. Léger écoulement sanguin par l'oreille.

Transporté à l'hôpital. Pas de plaie. Rien d'anormal.

Le lendemain 27 septembre, un peu de sang coule par l'oreille.

Douleurs dans le côté droit de la tête. Intelligence parfaitement nette. Ouïe parfaitement conservée à droite.

Les douleurs de tête continuent jusqu'au 2 octobre

Le 3 octobre (sept jours après l'accident) paralysie faciale bien prononcée à droite.

Elle augmente jusqu'au 5 octobre.

Vision un peu moins nette à droite, sans diplopie.

« Dans ce cas, dit Le Diberder, il ne nous semble pas douteux qu'il y ait eu fracture du rocher. Pourquoi le nerf de la 7e paire n'a-t-il été pris qu'au bout de cinq jours. *Il est évident qu'il ne s'agit pas ici d'une déchirure du nerf facial, et nous sommes porté à attribuer la paralysie au gonflement du tissu osseux à l'époque de réparation de la fracture.* »

OBS. VIII. — TH. PARISOT (1866). — ÉTUDE SUR LES PARALYSIES SYMPTOMATIQUES DES LÉSIONS DU NERF FACIAL. — *Fracture probable du rocher. Hémiplégie faciale gauche.*

Charles N..., vingt-deux ans, ni scrofuleux, ni syphilitique.

Le 10 février 1866, tombe d'une hauteur de 5 à 6 mètres sur le côté gauche. La tête porte fortement sur la région occipitale-temporale.

Perte de connaissance pendant quelques heures. *Écoulement assez considérable de sang par l'oreille gauche* et par la bouche. *Deux jours après apparaît une hémiplégie faciale du côté gauche.*

Le malade entre le 12 février à Lariboisière, salle Saint-Louis, lit n° 12, service de M. Verneuil.

La paralysie faciale n'offre rien de particulier. Pas de symptômes du côté du voile du palais ni de la langue. Goût et sensibilité intacts. Surdité de l'oreille gauche. Bourdonnements.

Le 26 février, la paralysie faciale est améliorée.

Le 5 mars, la paralysie suit toujours une marche décroissante. La surdité s'améliore. Les bourdonnements ont disparu.

M. Verneuil affirme une fracture du rocher avec lésion du facial et de l'auditif.

L'auteur de la thèse ne cherche point à expliquer le mécanisme de la paralysie qui s'est montrée quarante-huit heures seulement après l'accident.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire des concrétions pathologiques.

I. UN CAS DE RHINOLITHE, par le docteur C. BABER. (*The Lancet*, 1887, p. 3220.) — II. OBSERVATION DE CALCUL DANS LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE, par le docteur COLLIS BARRY. (*The Lancet*, 1887, et *Centralblatt für die gesammte Therapie*, 1888, n° 4.) — TUMEUR DANS L'ESTOMAC FORMÉE PAR DES CHEVEUX, GASTROTOMIE, GUÉRISON, par le professeur J. BERG, de Stockolm. (*Nordiskt Arkiv*, 1887, n° 25, p. 1.) — IV. CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES GASTROLITHES CHEZ L'HOMME, par le docteur KOOYKER. (*Zeitschrift für Klin. Medicin.*, t. XIV, fasc. 3, p. 203, 1888.) — CONCRÉTIONS INTESTINALES A LA SUITE DE L'USAGE INTERNE DES FERRUGINEUX, par le docteur STRAHAM. (*Allgemeine Med. Central-Zeitung*, 1888, n° 38.) — VI. OBSERVATIONS DE CALCULS PROSTATIQUES, par le docteur G.-B. CHIARELLA. (*Bolletino della sez dei cult delle Scienze medie nella Academia di Siena*, t. V, nos 8 et 9.)

I. Une petite fille de douze ans était affectée, depuis plusieurs années, d'un écoulement fétide du nez (côté gauche) avec épistaxis. En l'examinant, on constatait une voussure de la joue et de l'aile du nez, à gauche; la fosse nasale, de ce même côté, était imperméable à l'air, l'ouverture était oblitérée, ses bords excoriés.

A l'examen rhinoscopique, la cloison se voyait déprimée latéralement; la partie antérieure de la fosse nasale gauche était obstruée par des granulations, en arrière desquelles était enclavée, environ à 1 cent. 1/2 de l'entrée, un corps dur, inaccessible à la vue, mais qu'on pouvait explorer à l'aide d'une sonde. On chloroforma l'enfant et on procéda à l'extraction du corps en question, à l'aide d'une pince et d'une cuiller. Cela fait, on parvenait sans peine à faire passer une sonde jusque dans le pharynx, à travers la fosse nasale, qui était considérablement dilatée. Le cornet inférieur était dans un état d'usure avancé et fortement excavé en son milieu. Les soins consécutifs ont consisté en lavages fréquents et en cautérisations des granulations. Au bout de six semaines, l'écoulement nasal avait perdu sa fétidité et se trouvait presque complètement tari. Le corps dur, extrait de la fosse nasale, n'était autre qu'un rhinolithe, de la forme d'une noisette, à surface rugueuse. Ses dimentions étaient de 18, 13 et 8 millimètres, son poids de 6 décigrammes. Il avait pour noyau un morceau de toile plissé, autour duquel s'étaient formés des dépôts salins provenant de la sécrétion nasale.

A propos de ce fait, M. BABER rappelle que les occasions d'observer des concrétions nasales sont rares et que le plus souvent les rhinolithes ont pour point de départ un corps étranger introduit dans le nez.

Le cas en question présente de particulier la nature du corps étranger qui a provoqué les dépôts salins, et aussi cette circonstance qu'un corps de consistance relativement molle

ait pu occasionner des déformations considérables des parties circonvoisines.

II. L'observation de M. BARRY concerne un homme de soixante-six ans, chez lequel on reconnut la présence d'une concrétion dans l'épaisseur de la glande sous-maxillaire. En exerçant une pression sur la glande, à travers la peau, on faisait sourdre par le canal de Warton quelques gouttelettes de pus.

M. Barry extirpa toute la portion de la glande située au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, en même temps qu'une concrétion phosphatique de 3 cent. 1/2 d'épaisseur. La présence de cette concrétion avait occasionné chez l'intéressé une dysphagie notable et des douleurs lancinantes assez vives.

III. Précédemment, MM. Schœnhorn (1883)(1), et Thornton(2) avaient publié des exemples de tumeurs stomacales formées par des cheveux et extirpées avec succès au prix d'une gastrotomie. M. BERG, de Stockolm, s'est trouvé dans le cas de faire cette opération dans les mêmes circonstances.

L'opérée, une jeune femme de vingt-six ans, était en proie à des troubles dyspeptiques depuis trois années. Elle souffrait surtout de vomissements muqueux très tenaces. Par la palpation on percevait, à travers les téguments abdominaux, la présence d'une tumeur dans le ventre, qui fut extirpée, ainsi qu'il a été dit. Cette tumeur était logée dans l'estomac. Elle pesait environ 900 grammes. Elle était constituée par des cheveux de toutes longueurs, de même nuance que les cheveux de l'opérée et fortement pressés les uns contre les autres. D'après les aveux de l'intéressée, celle-ci avait, depuis l'âge de trois ans, l'habitude de «manger ses cheveux».

La plaie opératoire a guéri par première intention.

IV. Le sujet de l'observation de KOOYKER, un droguiste âgé de trente-cinq ans, portait dans le ventre une tumeur circonscrite, qui occupait la région épigastrique et presque tout l'hypochondre gauche. Cette tumeur se déplaçait parallèlement aux mouvements respiratoires. Elle était le siège de douleurs spontanées. La pression du néoplasme développait également des douleurs. Celles-ci s'atténuèrent sous l'influence d'un régime fortifiant et de l'usage médicamenteux de l'écorce de condurango. L'appétit avait augmenté; les fonctions alvines étaient normales. Par moments, le malade vomissait une grande quantité de mucosités mélangées de bile; les matières vomies ne contenaient presque jamais d'acide chlorhydrique libre. Le malade racontait qu'il avait continuellement des nausées et qu'il avait vomi du sang.

Puis survint de l'amaigrissement et un état cachectique très prononcé. Tuméfaction indolente des ganglions axillaires et sus-claviculaires. Le malade se refusa à une laparotomie exploratrice. On penchait vers le diagnostic de cancer du pylore.

Le malade succomba. A son autopsie, on trouva dans l'estomac, qui avait des dimensions normales, une concrétion qui remplissait à peu près complètement cet organe dont elle reproduisait la forme; deux autres concrétions, beaucoup plus petites occupaient la région pylorique. La première pesait 885 grammes, elle mesurait 18 centimètres en longueur et 8 centimètres en épaisseur. Sa teinte était brunâtre. En guise de noyau, elle présentait à son centre une petite excavation du volume d'une noisette. Sur une surface de coupe, on ne découvrait pas de stratifications concentriques. L'odeur de la concrétion avait quelque chose de féculent. Toutefois, la masse ne renfermait pas de scatol. A l'examen microscopique, elle se présentait sous l'aspect d'un amas de corpuscules d'amidon, de faisceaux vasculaires, de cellules végétales contenant de la chlorophyle; mais on n'y découvrait pas d'autres éléments organisés, appartenant au règne animal. L'analyse chimique démontra, d'autre part, que cette concrétion ne renfermait pas plus de 0,56 0/0 d'azote. La muqueuse et la tunique musculaire de l'estomac étaient épaissies. Dans le voisinage du cardia, la muqueuse était parsemée de saillies formées par du tissu papillomateux.

L'auteur rappelle que les gastrolithes sont très rares dans l'espèce humaine, et que les principaux exemples connus de ce genre de concrétion, se rapportaient à des tumeurs formées par des cheveux.

Le cas publié par Langenbusch en 1880 (supplément au *Centralblatt für Chirurgie*, p. 18) fait exception à cette règle. Le malade de Langenbusch était porteur de deux concrétions, logées, l'une dans l'intestin, l'autre dans la portion pylorique de l'estomac. Toutes deux étaient formées par les mêmes éléments que dans le cas de Kooyker.

V. M. STRAHAM relate le cas d'un malade qui, pendant une quinzaine de jours, avait absorbé quotidiennement 0g,5 à 1g,5 de sulfure de fer et fut pris de violentes douleurs de ventre, de vomissements, de symptômes de catarrhe gastro-intestinal, d'insomnie, de prostration. Ces accidents cédèrent à l'administration d'un purgatif. Dans les selles du malade on trouva une grande quantité de graviers noirâtres, formés par une combinaison insoluble de fer et par du mucus intestinal.

VI. Un homme âgé de quarante ans avait ressenti, dix années auparavant, des douleurs spontanées au périnée au moment d'une miction, puis une rétention complète d'urine, qui dura trente-six heures environ, et à laquelle le malade remédia en s'introduisant une aiguille à tricoter dans l'urèthre Il fut repris des mêmes douleurs plus tard; l'urine ne coulait plus que sous forme d'un filet de plus en plus étroit, puis seulement goutte à goutte. Une nouvelle tentative de désobstruction du canal, faite par le malade avec une épingle à tricoter, échoua. Le malade se fit admettre à l'hôpital. On constata l'existence d'un rétrécissement perméable de la portion bulbaire, et d'un rétrécissement infranchissable de la portion prostatique. Au toucher rectal on constatait la présence, dans la prostate, d'une tumeur bosselée, de consistance pierreuse.

On procéda à l'extraction de cette tumeur, à travers une incision prérectale. On donna issue à onze concrétions. On remédia au rétrécissement bulbaire en pratiquant l'uréthrotomie interne. On introduisit ensuite une sonde à demeure.

Les troubles de la miction s'étant reproduits, on reconnut qu'il subsistait une concrétion dans la prostate. On pratiqua l'uréthrotomie externe, moyennant quoi on réussit à extraire un calcul prostatique de 2 centimètres de long. Le malade s'est complètement rétabli. Le poids total des calculs extraits était de 35 grammes.

E. RICKLIN.

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1883, n° 17, p. 20.
(2) THE LANCET, 9 janvier 1886.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la phthisie pulmonaire, par MM. Hérard, Cornil et Hanot (Nouvelle édition).

De même que la plupart des questions afférentes à la médecine, et plus peut-être que toute autre, l'histoire de la tuberculose a subi en quelques années une série de transformations qui impliquent nécessairement des lacunes profondes dans les publications si nombreuses qu'elle a inspiré jusqu'à ce jour. Pour ne citer qu'un exemple, ne sait-on pas que l'acceptation définitive du dogme de l'unité de la phthisie, un moment ébranlé par la théorie allemande de la dualité, ne s'est imposée que récemment, à la suite de controverses dont les ouvrages antérieurs à cette date portent nécessairement la trace? En second lieu, la découverte pour ainsi dire confirmative de l'élément spécifique ou bacille, n'est-elle pas venue modifier à son tour l'idee première que nos prédécesseurs s'étaient fait de la nature de la maladie, en la simplifiant, mais en rendant par là même indispensable le remaniement complet des diverses parties de son histoire? La connaissance des tuberculoses locales, qui procède de cette dernière découverte et dont le domaine s'agrandit chaque jour, n'est-elle pas non plue l'œuvre de ces dernières années?

Voila autant d'arguments, parmi tous ceux que nous pourrions citer, qui suffisent à établir le chemin parcouru dans cette voie de recherches concernant la nature du tubercule, et à montrer par là même ce qui manque aux ouvrages presque innombrables publiés autrefois sur cette question, une des plus considérables de la pathologie.

On comprend dès lors que les auteurs qui abordent à leur tour ce sujet doivent tenir compte des découvertes accomplies et des progrès réalisés. Et telle est sans doute l'idée qui a déterminé MM. Hérard et Cornil à publier une nouvelle édition de leur excellent Traité de la phthisie pulmonaire. A l'époque de sa première publication, il y a près de vingt ans, cet ouvrage pouvait être considéré comme la dernière expression des connaissances contemporaines sur la phthisie. Aussi prit-il dés son apparition le rang du Traité classique dont ses qualités particulières le rendaient dignes à tous égards. Il est telle et telle partie que l'on pourrait encore citer comme modèles : nous voulons parler des chapitres consacrés à l'étude clinique de la maladie. Il n'y a presque rien à y ajouter, car, fondées sur l'observation pure, les descriptions cliniques que ces chapitres renferment nous ont donné de la phthisie un tableau aussi complet qu'on peut le désirer. Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'anatomie pathologique, l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique qui ont necessité des remaniements profonds, on pourrait même dire une refonte complète de l'œuvre primitive. Pour cette création nouvelle, les deux auteurs ont d'ailleurs trouvé dans M. Hanot un collaborateur dont la compétence toute particulière ressort avec éclat de ses travaux antérieurs, au nombre desquels se place l'important article « Phthisie » publié dans le Dictionnaire de M. Jaccoud et qui forme à lui seul un véritable traité sur la matière.

A la suite d'un historique destiné à faire ressortir les phases principales par lesquelles a passé cette grande question de la nature de la tuberculose et qui se terminent à la découverte du bacille pathogène, vient un premier chapitre destiné à l'étude et à la démonstration de la nature parasitaire de la phthisie. Cette démonstration était d'une extrême importance, car elle entraîne toute une série de conclusions relatives à l'enchaînement des lésions, au diagnostic, à la prophylaxie, au traitement. L'exposé des différentes méthodes histologiques instituées pour la recherche du bacille dans les produits tuberculeux occupe dans ce chapitre la place que mérite la vulgarisation de procédés destinés à devenir des moyens d'investigation cliniques et qui sont déjà d'un usage courant dans un grand nombre d'établissements hospitaliers.

Cette description était un préambule nécessaire à celle des lésions qui remplit le deuxième chapitre. On peut dire que c'est ce deuxième chapitre qui représente la partie la plus remaniée et la plus nouvelle de la deuxième édition. L'étude du mode de pénétration et des localisations du bacille, l'analyse et l'interprétation des lésions secondaires qu'il engendre, depuis la simple hyperémie jusqu'à la fonte caséeuse et au ramollissement, tous ces faits qui éclairent d'une si vive lumière l'histoire de la tuberculose sont l'objet d'une description approfondie qui ne comprend pas moins de 212 pages et à laquelle sont jointes des planches remarquablement dessinées qui aident beaucoup à l'intelligence du texte. C'est là une étude extrêmement complète, et nous ne croyons pas que, parmi les travaux publiés jusqu'à ce jour sur le même terrain, il en soit un seul où ces questions soient exposées avec une aussi grande abondance et une aussi grande précision dans les détails.

Ajoutons de suite que les auteurs n'ont pas restreint leur sujet à la tuberculisation des seuls organes respiratoires. Une place également importante a été réservée à l'étude du tubercule dans les autres viscères : foie, cerveau, reins, etc., étude d'ailleurs solidaire de celle de la phthisie pulmonaire, à laquelle elle se rattache par le lien qui réunit une cause à ses différentes localisations. Cette excursion sur un domaine en apparence étranger au sujet principal du livre, avait son incontestable utilité, car la compréhension des différents phénomènes de la phthisie est facilitée par la comparaison des divers modes d'évolution du bacille, selon qu'il est implanté dans tel ou tel parenchyme ou organe.

Ce qui est vrai de l'anatomie pathologique est vrai également de l'étiologie, à laquelle la découverte du bacille de Koch a imprimé une direction nouvelle. En acceptant l'importance de cette découverte, et en admettant comme acquise sans retour la preuve de la nature parasitaire et infectieuse de la maladie, MM. Hérard, Cornil et Hanot, ne pouvaient manquer de faire ressortir ce qui, dans cette notion nouvelle, est resté d'accord avec les données anciennes de la science et ce qui s'en écarte d'une façon plus ou moins marquée.

Il est certain, par exemple, que la doctrine de la dualité de la phthisie, déjà si fortement ébranlée par les travaux français récents, a subi, du fait de la découverte du bacille, une atteinte dont elle semble ne pouvoir se relever De même, en ce qui concerne la comparaison de la tuberculose avec la scrofule, la constatation du bacille dans la plupart des lésions attribuées à cette dernière autorise les pathologistes à reporter au tubercule ce qui était jusqu'à ce jour attribué à la scrofule dont le domaine va ainsi en diminuant progressivement. Or, une pareille tentative de démembrement eût paru audacieuse, pour ne pas dire téméraire, il y a quelques années. Aujourd'hui, elle s'impose, et on peut déjà envisager comme prochain le moment où la diathèse scrofuleuse sera définitivement effacée du cadre nosologique.

Nous ne croyons pas nécessaire maintenant d'insister sur

le chapitre consacré à la symptomatologie, nous bornant à rappeler qu'il est enrichi des observations personnelles des auteurs et que toutes les formes cliniques de la phthisie y sont l'objet d'une étude également soignée. Cette étude met à la place qui lui convient le nouveau moyen d'information diagnostique que nous offre la recherche du bacille dans les produits expectorés, moyen d'information qui manquait à nos prédécesseurs et dont l'intervention entre des mains exercées est souvent décisive. Pourtant, que cet hommage rendu à la découverte de Koch ne nous fasse pas oublier les travaux de l'école d'observation dont l'œuvre, en ce qui concerne la connaissance clinique de la phthisie pulmonaire, est une des plus achevées dont la médecine ait le droit de s'énorgueillir.

Dirons-nous enfin que la thérapeutique, dans la nouvelle édition du livre de MM. Hérard et Cornil, a reçu tous les développements que comportent les recherches et les acquisitions de ces dernières années? Certes, s'il est une question digne de préoccuper le médecin, c'est bien celle des moyens propres à combattre efficacement la phthisie, cet ennemi social qui fait chaque année un si grand nombre de victimes. Et pourtant, malgré la variété et la richesse apparente de ces moyens, les résultats n'ont pas encore répondu complétement aux espérances que telle et telle indication avait tout d'abord autorisé. La découverte du bacille elle-même, qui semblait à ce point de vue offrir des horizons nouveaux, est restée jusqu'à présent stérile, ou à peu près. Le traitement simplement défensif, celui qui s'adresse au terrain et qui se réclame avant tout de l'hygiène, est considéré encore à l'heure actuelle comme le meilleur moyen d'enrayer les progrès des affections tuberculeuses. Quant au traitement définitif, dont l'objectif principal est la destruction ou la stérilisation de la graine, c'est-à-dire du bacille, et que, pour ce motif, on pourrait qualifier de parasiticide, il a fourni matière jusqu'à présent à de nombreuses déceptions.

Cependant il eut été injuste de passer sous silence les tentatives dirigées depuis quelques années dans ce sens. C'est pourquoi MM. Hérard et Cornil ont accordé une place importante à l'énumération et à l'appréciation des médicaments qui visent directement la cause de la maladie : préparations iodées, tannin, créosote, iodoforme, acide fluorhydrique. Ils semblent avoir particulièrement foi dans ce dernier agent, dont l'un d'eux s'est fait récemment devant l'Académie le défenseur convaincu. Mais c'est à l'hygiène surtout qu'ils font appel, et c'est en son nom que, dans la dernière page de leur bel ouvrage, ils expriment le souhait de voir un jour des conditions sociales meilleures restreindre et peut-être éteindre définitivement ce fléau qui a prélevé jusqu'à ce jour sur les sociétés humaines un si lourd tribut.

P. MUSELIER.

LE CHARBON SYMPTOMATIQUE DU BŒUF. PATHOGÉNIE ET INOCULATIONS PRÉVENTIVES, par MM. ARLOING, CORNEVIN et THOMAS. Un volume in-8° de 211 pages. — Paris, Asselin et Houzeau, 1887.

Le mémoire de MM. Arloing, Cornevin et Thomas sur le *charbon symptomatique du bœuf* était épuisé depuis deux ans. Une nouvelle édition était impatiemment attendue, non seulement du monde savant, mais surtout des agriculteurs pour qui la question de la pathogénie et des inoculations préventives de cette terrible maladie a la plus haute importance. Mais ce n'est pas une simple réimpression que nous annonçons. Les auteurs, n'ayant pas cessé de s'occuper de cette question, avaient rassemblé de nouveaux documents.

Ainsi ils nous donnent le résultat de leur enquête sur la distribution géographique du charbon et sur sa fréquence. Ils exposent leurs recherches récentes sur le microbe spécifique du charbon bactérien. Mais c'est spécialement à propos des procédés d'inoculation préventive, de vaccination, qu'ils sont entrés dans de nouveaux développements, profitant de leur propre expérience et des observations qui leur ont été transmises par les vétérinaires vaccinateurs. « On verra dans le cours de ce livre l'extension qu'ont prise les inoculations préventives du charbon emphysémateux, et on en pourra juger les résultats économiques d'après des données portant sur plusieurs années et plusieurs milliers de bêtes bovines. »

Est-il besoin de faire l'éloge d'un travail qui a déjà reçu la sanction de tant de corps savants? Récompensé par l'Académie des sciences comme par l'Académie de médecine, par la Société nationale d'agriculture comme par la Société des agriculteurs de France, nous nous contenterons de rappeler que ces recherches intéressent la médecine humaine autant que la médecine comparée. Et la distinction entre le sang de rate et le charbon essentiel de Chabert ne saurait être sans influence sur la pathologie générale.

Dr ALBERTUS.

NOTES & INFORMATIONS

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE. — *De l'impetigo contagieux et de l'inspection des écoles.* — M. Ollivier a lu sur ce sujet un rapport dont voici les conclusions :

« Il me paraît indispensable :

« 1° De considérer comme contagieuse, au point de vue de l'hygiène, toutes les formes d'impetigo qui jusqu'à présent ne sont pas considérées comme telles.

« 2° De les placer sous le coup de l'instruction préfectorale qui dit :

« Les enfants chez lesquels le médecin inspecteur, pendant sa visite, aura reconnu les symptômes d'une affection contagieuse, dit l'article 14 du règlement du 15 décembre 1883, seront immédiatement renvoyés chez leurs parents avec une lettre d'avis indiquant le motif de ce renvoi.

« Cette lettre fera connaître aux parents que l'enfant ne pourra être admis de nouveau dans l'établissement qu'après s'être présenté à la consultation du médecin inspecteur et en avoir obtenu un certificat constatant que sa rentrée peut avoir lieu sans inconvénient.

« On pourrait toutefois se dispenser de prendre des mesures d'exclusion dans le cas où l'éruption siégerait sur une partie facile à couvrir au moyen d'un pansement approprié comme le cuir chevelu, par exemple. »

CONSEILS ACADÉMIQUES. — A la suite des élections et des nominations faites par le ministre, les médecins ou pharmaciens dont les noms suivent font partie des Conseils académiques ci-après désignés :

Paris. — MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon.
Aix. — MM. Chapplain, Gouret et Livon.
Besançon. — MM. Bruchon et Saillard.
Bordeaux. — MM. Moussous, Perrens et Pitres.
Caen. — MM. Bourienne, Duménil et Pennetier.
Clermond-Ferrand. — MM. Gagnon et Ledru.

Dijon. — MM. Gautrelet et Maillard.
Douai. — MM. Lenoël, Mollien, Paquet et Wannebronck.
Grenoble. — MM. Allard et Berger.
Lyon. — MM. Gailleton et Lortet.
Montpellier. — MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Sonbeyran.
Nancy. — MM. Bleicher, Coze et Tourdes.
Poitiers. — MM. Chédevergne, Danner, Raymondant et Robert.
Rennes. — MM. Delacour, Laennec, Lefenvre et Meleux.
Toulouse. — MM. Basset et Caubet.

Congrès international d'otologie de 1888, a Bruxelles — Le Congrès international d'otologie se tiendra du 10 au 15 septembre de cette année.

Le prix de la souscription, donnant droit à un exemplaire du compte rendu des travaux, est fixé à 20 francs.

Les membres belges qui désirent participer au banquet auront à payer une cotisation de 20 francs (vin compris).

Le compte rendu des travaux se vendra, en librairie, au prix de 20 francs.

Les médecins belges désireux de faire partie du Comité d'organisation paieront une cotisation de 200 francs.

Les adhésions devront être envoyées avant le 1er août à M. le docteur Ch. Goris, rue Royale, 143, à Bruxelles.

R. F. D.

NOUVELLES

Corps de santé de la marine. — Le Ministre de la marine et des colonies a pris la décision suivante, en date du 2 juillet :

« Par exception, et pour cette année seulement, les étudiants des Ecoles de médecine navale de deuxième année qui ne justifieront de la possession du premier examen de doctorat que pendant la session de novembre 1888, pourront être admis à prendre part au concours qui s'ouvrira le 17 septembre prochain, pour l'obtention des indemnités de 1,200 fr., sous la réserve qu'en cas de succès, ils n'entreront en jouissance de cette indemnité qu'à compter de leur réception au premier examen.

« Cette disposition est applicable aux élèves qui, achevant leur troisième année d'études médicales dans la marine, se présenteraient au concours dont il s'agit. »

Concours pour le clinicat et le prosectorat. — Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de MM Ricard (Pitié), Walther (Charité), Rochard (Hôtel-Dieu) comme chefs de clinique titulaires ; de MM. Boiffin et Hache, comme chefs de clinique adjoints.

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. P. Delbet et Porherat.

— A la suite du concours ouvert le 25 juin dernier à la Faculté de médecine de Paris pour le clinicat médical et celui des maladies cutanées, ont été nommés :

Hôpital de la Charité. — Chef de clinique : docteur Foubert ; chef de clinique adjoint, docteur Hishmann.

Hôpital de la Pitié. — Chef de clinique : docteur Duflocq ; chef de clinique adjoint : docteur Ménétrier.

Hôpital Saint-Louis. — Chef de clinique : docteur Feulard ; chef de clinique adjoint : docteur Cayla.

— La première épreuve du clinicat des maladies mentales a eu lieu mardi, à neuf heures, à l'hôpital Necker. Le jury se compose de MM. Brouardel, Ball, Peter, Bouchard et Dieulafoy. Les candidats, au nombre de trois, sont : MM. Semelaigne, Rouillard et Arnaud.

— Un concours s'ouvrira le 7 janvier 1889 à la Faculté de médecine de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Nantes.

— Les membres de l'enseignement supérieur de Montpellier et les membres de l'Académie des sciences et lettres, dans une séance plénière à la Faculté de médecine, ont décidé de fêter, dans le courant de l'hiver 1889-1890, le sixième centenaire de l'Université de Montpellier.

Cours des vacances. — Pendant le mois d'août, un cours pratique de microbiologie aura lieu au laboratoire de M. le professeur Cornil. S'inscrire d'avance.

— M. Debierre, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

— Par arrêté en date du 7 juillet, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Des concours s'ouvriront le 17 janvier 1889 devant la Faculté de Bordeaux, pour deux emplois de suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, savoir : un suppléant pour la chaire de pathologie et de clinique externe et de clinique obstétricale.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture des concours.

— M. Boland, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de médecine de Poitiers, est nommé professeur de physiologie à ladite Ecole.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année 1886.

M. Vernet. La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale ? — M. Prenant. Etude sur la structure du tube séminifère des mammifères (Recherches sur la signification des éléments qui le constituent). — M. Vitoux. Du son tympanique et du râle crépitant dans la pneumonie. — M. Bertin. Revue historique et critique des méthodes du traitement de la fièvre typhoïde. — M. Gaotte. De la suture primo-secondaire des plaies.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 1er au samedi 7 juillet 1888.

Fièvre typhoïde 23 — Variole 5 — Rougeole 14. — Scarlatine 2. — Coqueluche 7. — Diphtérie, croup, 24. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 182. — Autres tuberculoses 27. — Tumeurs : Cancéreuses 47. — Autres 10. — Méningite 19. — Congestion et hémorr. cérébrales 44. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 6. — Maladies organiques du cœur 43. — Bronchite aiguë 17. — Bronchite chronique 16. — Broncho-pneumonie 10. — Pneumonie 23 — Gastro-entérite : Sein 16. — Biberon 52. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 18. — Suicides 19. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 158. — Causes inconnues 8 — Total de la semaine : 843 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

MM. Hérard, président de l'Académie de médecine, et Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris, viennent de publier, avec le concours de M. Hanot, agrégé à la Faculté, une seconde édition de leur *Traité de la phthisie pulmonaire*, devenu clas-

sique, et dont la première édition était depuis longtemps épuisée. Pour cette seconde édition, les auteurs ont mis à profit les progrès accomplis depuis vingt ans dans l'étude anatomique et clinique de la phtisie.

Un chapitre nouveau est venu s'ajouter, celui de la bactériologie qui a modifié si profondément la compréhension de la tuberculose; les auteurs indiquent les procédés employés pour la reproduction du tubercule au moyen des cultures, et l'étude de son développement.

L'étiologie de la tuberculose s'est trouvée complètement modifiée par la découverte de son bacille; aussi le chapitre des portes d'entrée de la tuberculose, suivant l'expression consacrée, a-t-il reçu tous les développements qu'il mérite. Enfin une large place est accordée dans ce livre au traitement : il est admis aujourd'hui que la phtisie est curable, et les auteurs passent en revue d'une façon très complète les nombreux agents de la matière médicale et surtout de l'hygiène dont la thérapeutique dispose pour la lutte contre ce terrible fléau

(Un beau volume grand format in-8° avec 65 figures en noir et en couleurs intercalées dans le texte et 2 planches en chromo-lithographie, hors texte, 20 fr. Félix Alcan, éditeur.)

Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, par les professeurs G. Bouilly, S. Duplay, L. Picqué. Ed. Schwartz, P. Segond, L. Poisson, A. Pousson, R. Harrison. Un volume grand in-8o de 908 pages, avec 322 figures. — Prix : 17 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la toux utérine, par le docteur Paul Müller, in-8o. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole de-Médecine.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1881 et 1882, par M. le professeur Péan. Un gros volume de 1,380 pages, avec figures dans le texte —Prix: 25 francs. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par le docteur Victor Parant, directeur de la maison de santé de Toulouse. Un volume in-8o de 420 pages.—Prix: 7 fr. Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay, professeurs à la Faculté de médecine. Tome VII, fasc. 3. — Maladies des organes génitaux de la femme. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix: 2 fr.50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Clinique chirurgicale.—Des rapports de la grossesse, du travail et des suites de couches avec le traumatisme en général, par le docteur E. Verrier. Une brochure in-8o de 23 pages.—Prix : 1 f. 25 — Paris, Savy, éditeur, 77, boulevard Saint-Germain.

Chirurgie du pied, par le docteur Albert Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec une préface de M. le professeur Richet, membre de l'Institut. Un volume in-8° de 416 pages, avec 145 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr.—Paris, Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DE L'HYOSCIAMINE COMME HYPNOTIQUE, par GEORGES LEMOINE, agrégé à la Faculté de Lille, médecin-adjoint à l'Asile de Bailleul.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

L'insomnie est un des symptômes les plus constants de l'aliénation mentale. Certains aliénés restent parfois une semaine entière sans dormir un seul instant; les autres dorment plus ou moins. Ceux surtout qui sont atteints de manie aiguë ou chronique, les déments, les hallucinés, dorment très peu, deux ou trois heures par nuit au plus, et crient et délirent le reste du temps. Cette insomnie persistante est pour eux une grande cause d'affaiblissement et devient certainement un des principaux facteurs de leur rapide déchéance intellectuelle et physique. En luttant contre elle et en la faisant disparaître, on met de suite le malade dans de meilleures conditions. La morphine et le chloral sont les hypnotiques que l'on emploie d'habitude, mais ils sont loin d'être sans inconvénients. D'abord, il faut les employer à haute dose, si l'on veut qu'ils agissent, et ensuite à doses croissantes, car l'accoutumance se fait vite, et tel aliéné qui, au début, dormait avec 4 centigr. de morphine, ne peut bientôt plus dormir, même avec une quantité double. L'insomnie n'est donc calmée que temporairement. De plus, la morphine amène de la constipation, et on sait que, chez les aliénés, la constipation exerce une influence des plus fâcheuses. Quant au chloral, ce n'est pas toujours qu'il agit, beaucoup de ces malades lui étant presque complètement réfractaires. Il faudrait donc trouver un médicament qui produise le sommeil sans amener l'accoutumance, et qui n'exerce aucune action sur les fonctions digestives. Je crois que l'hyosciamine remplit ces deux conditions.

Quelque prolongé que soit l'espace de temps pendant lequel on l'emploie, l'hyosciamine exerce toujours la même action hypnotique, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose que le malade prend journellement. J'ai, dans mon service, des aliénées, extrêmement agitées, qui ne dormaient pas une heure par nuit, et chez lesquelles j'ai ramené le sommeil en leur donnant pendant plusieurs mois 1 ou 2 milligr. d'hyosciamine chaque soir. L'effet du médicament était aussi net à la fin du traitement que le premier jour.

L'observation suivante en est une preuve convaincante :

Mme C..., 38 ans. Manie chronique avec agitation extrême. Elle dort à peine une heure par nuit. Il lui arrive de rester deux et trois nuits consécutives sans sommeil. On lui a donné successivement, sans aucun résultat, de la morphine, puis un mélange de chloral et de bromure de potassium. C'est tout au plus si 4 gr. de chloral amenaient deux heures de sommeil. Le jour, elle est extrêmement agitée.

Le 6 décembre 1887, je lui donne le soir un demi milligramme

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite. — Voir le numéro précédent.

En cette nécessité de sacrifice, il nous a paru que les dix pharmaciens inspecteur et principaux pourraient, en un beau suicide par persuasion, être affectés à la mise au plein du cadre des médecins-majors de 1re classe (320 au lieu de 295).

Réglementairement il faudrait pour cela une loi.

En fait, on a déjà vu le Budget braconner en se jouant dans les réserves du Législatif.

Les pharmaciens vont, c'est leur droit, en appeler à Parmentier et à quelques ancêtres qu'ils font donner dans les grandes circonstances de menace de leurs laboratoires, mais on peut leur faire observer qu'au Tonkin il n'existe que huit pharmaciens pour soixante-cinq médecins, ce qui semble prouver que le docteur est parallèlement idoine à capsuler les fioles et à les prescrire.

Sans doute, cela limite les horizons au grade de pharmacien — chef de bataillon et à la solde d'icelui, mais ces chefs de bataillon auraient quelque satisfaction intime d'avoir cédé de leur sève à la maîtresse branche du Corps de santé.

La légitimité de cette transfusion de leur sang peut paraître contestable, je le confesse — à ces commandants.

∴

Il y a peut-être aussi le Médecin-inspecteur général, qui ne rime guère à pratique utilité.

Oh! j'entends bien quelques inspecteurs, en un *tutti* formidable, et nombre de principaux de 1re classe, en un unisson plus aigu, crier le mot à effet sûr de « decapitation ». Mais les mots de théâtre et les mots d'ordre m'émeuvent moins que ce fait qu'un major de 2e classe de trente trois ans va rester quinze ans dans ce grade, qu'il aborde, misère de nous! avec le numéro 474; que l'aide-major de 1re classe, plus malheureux encore a vers le numéro 140, une trentaine d'années, et qu'à moins d'une grande guerre, devant les affres de laquelle l'Europe recule avec raison depuis dix-sept ans, on ne sait ce qu'il adviendra de ces petits.

d'hyosciamine. Pas de sommeil. Le lendemain, même dose et même résultat. Le 8 décembre, j'élève la dose à 1 milligr. Elle a deux heures de sommeil. Les nuits suivantes, le sommeil se prolonge de plus en plus et finit par durer de cinq à huit heures.

Depuis cette époque, Mme C... prend chaque soir un milligr. d'hyosciamine, sans avoir jamais ressenti le moindre malaise causé par cette médication; le sommeil est devenu très régulier. Ce qui montre bien l'action de l'hyosciamine, c'est que, si on reste un jour sans en donner, l'insomnie reparaît aussitôt. Il n'y a donc ni accoutumance du malade au médicament, ni accumulation dans l'organisme, puisque les effets thérapeutiques ne persistent pas.

Je donne cette observation comme exemple; mais elle est loin d'être unique. Depuis huit mois, je me suis servi de l'hyosciamine sur plus de 120 malades, et c'est tout au plus si elle m'a été infidèle sur 10 d'entre elles. De leurs observations, je crois pouvoir déduire les faits suivants :

Tandis que l'insomnie ordinaire, celle par exemple des gens surmenés, est remplacée par le sommeil dès la première dose d'hyosciamine, une heure ou deux après son absorption, celle des aliénés est plus tenace, ce qui se conçoit sans peine quand on réfléchit que ses causes sont bien plus profondes. Il est rare d'obtenir une nuit calme d'emblée, et ce n'est guère que la troisième nuit qui paraît être influencée par le médicament; mais, une fois l'effet produit, il s'accentue de jour en jour; le sommeil survient plus rapidement le soir et dure plus longtemps. Il est fort rare de ne pas obtenir la complète disparition de l'agitation nocturne vers le dixième jour environ. Il est à noter que, chez les maniaques par exemple, l'excitation diurne diminue parallèlement, quoiqu'à un degré moindre.

J'ai dit plus haut que l'action hypnotique de l'hyosciamine est plus sûre que celle du chloral et du bromure de potassium. J'ai souvent, pour vérifier ce fait, donné à des malades ces trois médicaments les uns après les autres, et toujours j'ai pu constater que l'hyosciamine agissait d'une façon bien plus efficace que les deux autres.

Le 6 décembre 1887, je choisis parmi les démentes paralytiques gâteuses de mon service six malades ne dormant pas et parlant ou criant pendant toutes les nuits; je leur donne pendant huit jours consécutifs 3 gr. de chloral, puis pendant huit autres jours un mélange de 2 gr. de chloral avec une quantité égale de bromure de potassium. Chez aucune d'entre elles, ces médications ne ramènent le calme; elles continuent à être agitées et à ne pas dormir sans qu'on puisse observer le moindre changement dans leur état. Le 22 décembre, l'hyosciamine est prescrite à la dose d'un milligramme; dès le 25, une amélioration notable se remarque, le sommeil arrive plus tôt le soir et dure plus longtemps, le subdélirium est moins accusé. L'hyosciamine est continuée pendant plusieurs semaines et leur procure un sommeil de quatre à six heures par nuit. Une seule malade sur six fut réfractaire à son action, et encore incomplètement.

Quatorze aliénées présentant de l'excitation maniaque ou de la manie chronique avec insomnie et agitation nocturne sont soumises à la même expérience. Le chloral et le bromure de potassium changent à peine leur état et seulement pour un temps très court; l'hyosciamine donnée ensuite ramène le sommeil, ou tout au moins le calme pendant la nuit chez treize d'entre elles. La dose employée variait de un demi à deux milligrammes. Une d'entre elles avait pris pendant quinze jours 4 grammes de chloral; loin de se calmer, son agitation avait augmenté au point qu'on dut la mettre en cellule. Très rapidement, l'hyosciamine en eut raison et lui donna de bonnes nuits.

Même résultat chez les déments. Dans la démence sénile, en particulier, le sommeil fait très souvent défaut; sans être très agités, les malades ont un subdélirium constant qui les fait parler et crier sans cesse; ils veulent quitter leur lit, se promener dans la salle, sortir dans les couloirs; ils dérangent leurs voisins et sont une cause permanente de trouble dans les dortoirs. J'ai remarqué que le chloral avait fort peu d'action sur eux; l'opium ou la morphine, qui réussissent mieux, sont d'un emploi difficile à cause de leur âge et ne peuvent être que des médicaments d'exception. L'hyosciamine chez eux agit bien; peut-être un peu moins rapidement et moins activement que dans les autres formes d'insomnie, mais cependant d'une façon très satisfaisante. La dose de 2 milligrammes est nécessaire; elle est très bien supportée et amène un calme complet ou relatif, selon les cas, bien mieux que les autres médicaments hypnotiques.

L'agitation qui complique souvent la paralysie générale à la période d'exaltation délirante est heureusement combattue par l'hyosciamine. Elle avait déjà été employée dans ce but et avec succès par M. Lawson, mais à une dose élevée, de 0,20 à 0,40 milligrammes, tandis que j'obtiens des résultats aussi

---

On verra les démissions s'accumuler, le recrutement se tarir, même en recrutant des deux mains.

C'est le sort de ce grand nombre de dévoués qui navre notre fraternité cordiale, d'autant qu'ils ont le plus gros lot de travail utile, le soldat le sait.

Devers le 20 septembre expirent les pouvoirs du Médecin-inspecteur général, qui inspecterait généralement encore nombre d'années, si on le laissait opter. Son passage aux affaires aura été sans tumulte, et il demeurera sans histoire bien autre que la figuration à l'Annuaire.

Le pavois peut élever, il ne grandit pas.

Son successeur serait sans doute différent, mais ne suffit-il pas de lui donner la présidence des inspecteurs, l'autorité sans le galon et l'argent, qui, j'imagine, ne constituent pas l'idéal dernier de ce savant.

* * *

Et pareille dignité de cour où l'on *travaille*, c'est entendu comme l'on *travaille* dans les Bureaux, peut d'autant mieux disparaître au bénéfice d'inférieurs moins à représentation que les Directeurs de corps d'armée, vont, comme nous l'avons demandé l'an dernier et même en 1884, dans la *France militaire* (alors que c'était de l'indiscipline d'être dans le vrai), inspecter leurs Directions — directement.

Mais ici, bien autre procédure, que vont faire les inspecteurs qui manquent de direction?

Il leur faut un maintien.

L'un d'eux, l'ex-septième directeur, qui n'a qu'une besogne figurée, est fort empêché; il lui faut une « substance », une fonction pour le fonctionnaire — qui le rende plausible.

On parle de lui faire inspecter les Directeurs, sans songer qu'en remontant l'échelle des sinécures il faudrait inspecter l'inspecteur des directeurs; il est possible que la Commission du budget ne trouve pas suffisamment probant ce « j'inspecte, donc je suis ».

Et, en vérité, un tour de France en deux mois d'été, espèce de « voyage circulaire », ne justifierait peut-être pas suffisamment une année de solde opime à Paris, avec des besognes un peu vides et en bulle de savon.

D'autant que les œuvres complètes de ce Maître ne se sont pas grossies, à dire d'expert, de productions quelconques, et que s'il émarge comme il faut il émerge peu de sa modestie.

bons avec une quantité dix fois plus faible, et par conséquent moins dangereuse.

On a vanté les bons effets de l'hyosciamine sur les maniaques déchireurs; Lawson et Mendel en particulier s'en sont servi dans le but d'empêcher ces malades de se livrer à leurs instincts de destruction. Ils ont souvent réussi en employant de 2 milligrammes à 1 centigramme par jour pendant plusieurs semaines. Je n'ai jamais constaté cette action spéciale du médicament, mais je dois dire que c'est peut-être parce que je ne l'ai jamais prescrit en aussi grande quantité.

V

Comment doit-on employer l'hyosciamine pour obtenir ses effets hypnotiques? Je viens de dire que c'est à faible dose et que son emploi peut être continué pendant plusieurs mois sans provoquer le moindre malaise; mais je me hâte d'ajouter que toutes les préparations d'hyosciamine ne sont pas également efficaces Richter a déjà signalé ce fait, qui est du reste bien connu de tous ceux qui ont expérimenté ce médicament, qu'il est très souvent falsifié ou mal préparé, et par conséquent très infidèle; il y a, dit-il, de l'hyosciamine à 27 francs le gramme et il y en a à 3 francs. C'est l'emploi de cette dernière qui, selon lui, donnerait lieu aux résultats incertains ou même fâcheux, si souvent constatés.

Au cours de mes recherches, je me suis servi tour à tour d'hyosciamine de diverses provenances, notamment d'hyosciamine cristallisée d'origine française et allemande. C'est en solution, et injectée sous la peau à la dose voulue, qu'elle donne les effets les plus certains; en potion, son emploi est plus commode et son action reste à peu de chose près la même. Lorsque l'usage de ce médicament devint journalier à l'Asile de Bailleul et qu'il remplaça presque complètement le chloral et la morphine, je dus encore, pour plus de commodité et pour ne pas multiplier par trop le nombre des potions, simplifier son mode d'emploi, et j'eu recours aux granules, malgré la défiance très justifiée qu'inspire ce genre de préparation où le dosage est toujours incertain. Je dois dire cependant que les résultats ont été très satisfaisants et presque aussi bons que ceux que me donnait l'hyosciamine de Merck en solution. Mais, pour cela, il faut avoir soin de faire dissoudre les granules dans un peu d'eau, que l'on fait ensuite boire au malade. On est ainsi beaucoup plus sûr que le médicament a réellement été absorbé (certains aliénés craignent et rejettent les pilules), et de plus on obtient un effet hypnotique bien plus rapide. Le médicament est donné le soir en une seule fois, une demi-heure environ avant que le malade ne se couche.

Il est intéressant de rapprocher les résultats que j'ai obtenus avec l'hyosciamine de ceux qu'on obtient journellement en Allemagne avec un hypnotique du même ordre, *l'hyoscine*. Depuis que Kobert (1), de Dorpat, a attiré l'attention sur ses propriétés hypnotiques et l'a proclamée plus puissante que le chloral et la morphine, l'hyoscine est employée expérimentalement dans un grand nombre d'asiles allemands et avec un succès incontestable. Après Kobert, Kühlwetter (2), puis Erb (3) et Salgó (4), s'en sont servi et ont précisé son mode d'emploi. Ils la donnent à très faible dose, de 1 à 8 milligrammes en vingt-quatre heures, et obtiennent presque toujours le sommeil la nuit et le calme dans le jour, même chez les malades les plus agités. Aucun danger n'est à redouter, tant qu'on ne dépasse pas cette dose; les symptômes qu'elle occasionne sont nuls et l'action hypnotique est la seule constatée. Dans quelques névroses, particulièrement la chorée et la paralysie agitante, les troubles du mouvement ont été très diminués par l'hyoscine. Pour Mitchell Bruce (5), l'hydriadate d'hyoscine est le meilleur sédatif cérébral; une seule injection de 0,0003 suffit pour amener une nuit tranquille. Par la bouche, il en faut davantage, de 0,0005 à 0,0013. Bruce ne s'en sert que pour procurer un sommeil calme et ne cherche pas à amener la guérison de ses aliénés par son emploi; il se contente des services qu'elle lui rend en diminuant leur agitation nocturne. On voit que sa manière de procéder et ses conclusions sont les mêmes que les miennes au sujet de l'hyosciamine.

En résumé, l'hyosciamine jouit de propriétés hypnotiques connues depuis longtemps, il est vrai, mais complètement négligées par suite de la crainte qu'inspirait ce produit. Je crois avoir suffisamment montré que ces craintes sont chimériques, car l'hyosciamine est hypnotique même quand on l'emploie à dose

(1) Kobert. CHEMIKER-ZEITUNG, 1887, no 36.
(2) Kühlwetter. DER IRRENFREUND, 1887, n° 7.
(3) Erb. THERAP. MONATSCHRIFT, 1887, n° 7.
(4) CENTRALBLATT FÜR THERAPIE, 1888, n° 6.
(5) Bruce. JOURNAL DE MÉDECINE DE BRUXELLES, 1888.

C'est une qualité déplorable pour l'Avancement des sciences.

***

Heureusement on travaille par ailleurs — malgré l'*Aptitude*, malgré des CHOIX où les erreurs judiciaires abondent — dans ce Corps de santé où l'humus intellectuel est si profond; un de ces travaux a été l'essai récent des effets mortels sur des morts du fusil Lebel.

Il nous ressouvient que, pour tous les fusils, il se trouve régulièrement le médecin de ce fusil.

Le Chassepot et le Gras ont été chacun, en leur jeunesse, « traités » par leurs spécialistes respectifs.

C'est le Lebel, aujourd'hui, qui trouve le sien, et naturellement le professeur D... découvre à son « client » toutes les nuisances requises pour faire ce qu'on appelle de « bonne besogne ».

Personne n'y contredira, sachant qu'à 200 mètres le petit projectile nickelé pénètre de 86 centimètres dans un matelas de chêne sans se déformer, tandis que le Gras n'entre dans un panneau identique que de 43 centimètres....

Il y a là un progrès qui doit rendre rêveuses, entre deux délibérations, les Ligue de la Paix, contre l'abus du tabac, de tempérance, Société protectrice des animaux, toutes réunions d'hommes doux, qui se réunissent à jour fixe pour donner des boules blanches à la fraternité humaine.

Voilà, certes, un fusil peu protecteur des hommes.

Il y a lieu d'espérer qu'une balle pourra « servir » à plusieurs. Et les cuirassiers prussiens, en mettant bas dernièrement leurs cuirasses, devenues des protectives fort insuffisants, n'ont pas manqué de — pénétration.

**

Il y a de bon travail aussi né de ces minuscules concours d'agrégation du Val-de-Grâce, qui ont tant de médisants naturels, D'abord les fils de famille, qui voudraient être agrégés au CHOIX. puis les cinq ou six cents non-concurrents qui ont trouvé les épreuves pas assez pratiques, de récitation pure, partiales, exigeant du « brillant » qu'ils n'ont pas, quand ils surabondent de « solide » — en un mot trop vertes.

Ceux qui défendent ces outils d'aiguisage et d'émulation contre les fils de bonne race passent par les verges redoutables des mots d'ordre: « mal pondéré, mal équilibré », jusqu'à ce que nombre

faible, et par conséquent inoffensive. Elle constitue alors un des meilleurs médicaments auxquels on puisse avoir recours pour amener le sommeil, car elle possède la plupart des avantages de ses rivaux sans en avoir les inconvénients.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la paralysie faciale tardive dans les fractures du rocher par A. Demoulin, prosecteur des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 27 et 28.

Pathogénie.

Plusieurs auteurs *ont signalé*, nous l'avons dit *incidemment*, la paralysie faciale tardive dans la fracture du rocher.

Le Diberder dit, à propos de la paralysie des nerfs dans les fractures de la base du crâne : « Ils peuvent être déchirés, « contus ou bien comprimés, soit par un fragment, soit par un « épanchement, soit *par le rétrécissement du canal osseux « qu'ils parcourent, dû au gonflement des os dans le travail « de réparation.*

« Une paralysie survenant au bout de quelques jours peut « être attribuée à la compression par le tissu osseux tuméfié « par le travail de réparation de la fracture. »

Dans la même thèse, à propos d'une observation de paralysie faciale tardive que nous reproduisons, et due à Demeule, interne des hôpitaux, l'auteur ajoute :

« Pourquoi le nerf de la 7e paire n'a-t-il été pris de paralysie qu'au bout de cinq jours? Il est évident qu'il ne s'agit pas ici d'une déchirure du nerf facial, et nous sommes portés à attribuer la paralysie au gonflement du tissu osseux à l'époque où débute le travail de réparation de la fracture. »

On lit dans la thèse de Chauvel (p. 37) :

« Nous ferons remarquer, relativement à cette dernière (il s'agit de la paralysie faciale) qu'elle survient tantôt brusquement lors de l'accident, et tantôt graduellement, de sorte qu'elle n'est complète qu'au bout de plusieurs jours. La cause habituelle des paralysies, c'est la compression et la déchirure des nerfs. »

On voit, par ces citations, que les auteurs admettent plusieurs causes de la paralysie faciale dans les fractures du rocher.

Mais pourquoi, dans certains cas, la paralysie n'apparaît-elle que tardivement? C'est un point qui reste obscur dans la plupart de leurs observations.

Des autopsies, pour expliquer la lésion du nerf facial amenant la paralysie tardive, il n'en faut point parler.

Nous ne possédons qu'un seul cas d'examen de la 7e paire, concernant le sujet qui nous occupe : Il est dû à Chauvel. L'examen microscopique du cordon nerveux fut négatif.

Nous voudrions, par l'étude des causes en elles-mêmes, et par la recherche de leur mode d'action, nous efforcer de donner la clef de l'apparition tardive de la paralysie.

Nous étudierons donc successivement les trois causes de paralysie traumatique indiquées par les auteurs :

Déchirure.— Contusion.— Compression. Et nous tâcherons de montrer quelle est celle qui nous paraît la plus immédiate.

Nous devons éliminer d'emblée *la Déchirure* du nerf facial. Dans ce cas, la paralysie est immédiate. Il y a un tel délabrement des filets nerveux que la transmission de l'influx nerveux est totalement et subitement supprimée.

C'est ce que l'on observe surtout dans les plaies par armes à feu.

On a affaire alors à une véritable plaie contuse du nerf facial.

M. Reclus en a rapporté un cas dans la séance de la Société de chirurgie du 20 juillet 1887. On en trouve d'autres exemples dans les auteurs, et en particulier dans le Mémoire d'Aran. (Obs. XXVII, due à Bérard. — Gazette médicale, 1840.)

Dans tous ces cas, il y a fracture comminutive de la portion pierreuse du temporal et destruction complète du nerf facial dans son trajet intra-osseux.

Nous n'avons point trouvé d'observation suivie d'autopsie où il soit fait mention de paralysie faciale ayant succédé à une déchirure incomplète du facial.

Les expériences de Tillaux, d'Arloing et Tripier sur la *Contusion* des nerfs nous ont permis d'en connaître les lésions.

Si la contusion est légère, les tubes nerveux sont intacts. A peine existe-t-il quelques suffusions sanguines sous le névrilème. « *Si la contusion est forte*, on trouve, dit Reclus (Manuel de pathologie externe), une hémorrhagie plus ou moins abondante, infiltrant le cordon nerveux ; les gaines sont décollées, le périnèvre est rompu ; le sang pénètre jusqu'aux

---

d'années après on opère l'expropriation de leurs idées, sournoise et sans indication de crû.

Feu le Conseil de santé avait une vocation spéciale pour ces substitutions de propriétaire (1).

Il engageait les subalternes à lui adresser, en « franchise » leurs idées subalternes.

Puis il les élevait jusqu'à lui sans autrement les changer ; il les « naturalisait » siennes, non sans mener quelque tapage de contentement.

Il découvrait de seconde main.

Beaucoup de médecins militaires pourraient citer des faits « adoptifs » de ce genre, depuis Gama, qui adressa des prescriptions — qu'on lui prescrivit.

Vous verrez qu'on adoptera plus tard le Concours en fin de compte.

Et en fin de siècle.

Et que ceux que les gens d'esprit qui ne concourent jamais appellent un peu dédaigneusement « bêtes à concours » finiront par avancer à ce choix — bêtement.

***

En vérité, n'est-ce pas un simili-concours que ces *Prix de médecine militaire* à décerner en 1889, où avec raison le choix du sujet est laissé à l'auteur. Avec cette infériorité qu'il y a douze mois de marge et de réflexion, alors qu'au concours, comme à la guerre, il faut par limitation des minutes une rapidité de décision et de diagnostic toute autre.

Aussi que sur son bagage personnel on empile celui des bibliothèques — à larges coups de ciseaux, tandis qu'au concours, toujours comme à la guerre, il faut tout porter avec soi et en soi.

N'est-ce pas Concours mieux encore ces épreuves qui vont commencer, par toute la France, des Elèves du Service de santé militaire, à « l'écrit » d'admissibilité desquelles le Directeur Dujardin-Beaumetz vient d'ajouter de « l'oral », ce qui met à l'abri des surprises de sujet et surtout fait *voir* le candidat, le montre — ce qui souvent le démontre.

(1) Le Conseil de santé, ainsi que tous les Comités d'armes de son âge, vient de se substituer aux *sections techniques* — du Ministère de la guerre sur l'air de « C'est là que je voudrais vivre, aim... arger et mourir ». C'est très touchant, mais l'intérêt du Pays, de l'Armée, des familles et du blessé avant tout.

tubes nerveux dont quelques-uns sont déchirés et altérés déjà dans leur structure. La fibre nerveuse prend un aspect moniliforme. La myéline est fragmentée; le cylindre-axe peut disparaître.

« On signale des cas où, en un point contusionné, une prolifération se fait assez abondante pour constituer un renflement névromateux. »

Lors de la contusion, la plupart des altérations décrites sont immédiates, succèdent au traumatisme; elles ne sauraient donc expliquer la paralysie faciale tardive.

La paralysie devrait suivre immédiatement l'altération du cordon nerveux. Et, cependant « cette paralysie peut également apparaître au bout d'un certain temps, dans des cas dont rien au début ne faisait soupçonner la gravité. Ainsi, une contusion du nerf cubital, au lendemain de laquelle le malade avait pu se servir de son membre, déterminera au bout de quatre mois une paralysie du poignet et de la main ». (Mitchell, DICT. JACCOUD, art. *Contusion des nerfs.*)

Pourquoi ne pourrait-on pas observer des phénomènes analogues dans les cas de contusion du nerf facial? C'est là une hypothèse. Rien de plus.

On observe généralement, comme nous l'avons dit, à la suite de la contusion des nerfs, des lésions immédiates.

L'examen microscopique du filet nerveux nous montre que les altérations anatomo-pathologiques peuvent souvent porter sur toutes ses parties constituantes.

En somme, on retrouve dans ces cas toutes les lésions qui caractérisent la névrite parenchymateuse.

Il importe donc de rechercher quel rôle *joue la névrite* dans la production des paralysies et quels sont les caractères des paralysies qui sont dues à la névrite.

Les névrites aiguës, qui succèdent aux blessures ou aux contusions des nerfs, caractérisées anatomiquement par les lésions microscopiques que nous avons indiquées, s'accompagnent de troubles trophiques, de troubles de la motilité et de la sensibilité.

Dans l'étude de la paralysie faciale, qui fait le sujet de notre Mémoire, nous n'avons à tenir compte que des troubles de la motilité.

La névrite des filets moteurs donne naissance à des spasmes, à des mouvements convulsifs, à des crampes, enfin à une contracture plus ou moins prononcée des muscles où se distribuent les filets affectés.

On n'observe rien de semblable dans la paralysie faciale tardive.

Le malade que nous avons observé avait une *paralysie flasque;* les muscles paralysés n'ont jamais présenté ni convulsions, ni contracture. Tout s'est borné à cette impotence fonctionnelle. Nous n'avons observé aucun trouble trophique.

Nous devons ajouter que, dans la paralysie due à la névrite, il y a abolition des mouvements réflexes et de la contractilité électrique dans les premiers jours qui suivent. Enfin, l'on voit survenir généralement l'atrophie rapide des muscles animés par le nerf atteint de névrite.

Dans la paralysie faciale tardive, au contraire, la guérison est la règle. Les muscles reprennent peu à peu leurs fonctions sous l'influence de l'électrisation.

En résumé, la paralysie faciale tardive diffère essentiellement, tant au point de vue de ses syptômes qu'au point de vue de son pronostic, des paralysies faciales qui succèdent à la névrite parenchymateuse du nerf facial.

Il nous est donc impossible d'admettre la névrite parenchymateuse comme lésion pathogénique de la paralysie faciale tardive.

Mais la névrite n'est pas toujours aussi accentuée. Gombault a décrit des cas de névrite dus à l'inflammation des nerfs, dans lesquels le filament axile n'était pas détruit dans sa continuité. C'est la névrite segmentaire péri-axile. On retrouve les mêmes lésions de la myéline que dans la névrite parenchymateuse; mais le cylindre-axe n'est pas altéré. C'est ce qui explique qu'on ait pu dire que la névrite n'amène pas forcément l'atrophie musculaire, et que certaines paralysies dues aux névrites pouvaient guérir.

Gombault, en démontrant l'intégrité du cylindre-axe, a donné l'explication de ces faits dans lesquels on a pu voir la disparition rapide de la paralysie et le brusque retour des fonctions du nerf atteint.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons rien affirmer à ce sujet.

Comme le dit Labadie-Lagrave dans son article « Névrite » du DICTIONNAIRE JACCOUD : « L'étude de la névrite des nerfs moteurs est à peine ébauchée. »

« En dehors des cas où le facial a subi l'action réflexe du froid, en dehors de ceux où il a été blessé ou contusionné, di-

---

Voilà donc qui est réputé de bon fruit, et là et au Val-de-Grâce, et pour l'agrégation, et pour nos distingués confrères des hôpitaux civils; mais dès qu'il s'agit d'hôpitaux militaires, cela ne tient pas debout.

Il surgit des *distingo*. Ce n'est plus ça.

Sans doute, l'Armée est muette et doit, de par la lettre d'une discipline à menottes, se borner, en fait de critiques les plus judicieuses, à une pantomime rudimentaire. Mais croit-on qu'il y ait mort de pensée et de parole comme de plume.

Qu'on puisse ensevelir l'être tout entier en ce mot de Règlement.

Que les intelligents et les travailleurs se voient d'indifférence rivés par le pied aux inertes, que surtout ils acceptent la supériorité de ces inférieurs, leurs malsélections ou enjambemens de grades.

Et prennent le galon pour un « sacre ».

(A suivre). DR A. CHASSAGNE.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Roland, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est nommé professeur de physiologie.

**

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1888, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Courserant, Fagard, Guède, Hénocque, Labarthe et Van Gelder, à Paris; Martialis-Mérait, médecin en chef de la marine; Rampal, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; Gagnon, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Lenoël, directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens; Lescœur, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Turel, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble; Tripier et Gailleton, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon; Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Bertin et Jaumes, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier; Heurtaux, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; M. le pharmacien Radot, à Versailles.

rectement, l'on peut dire qu'il est toujours compromis secondairement par une lésion des parties ambiantes, fracture du crâne, hémorrhagie dans l'aqueduc de Fallope. »

En effet, le nerf facial chemine dans un canal très étroit, où il peut facilement être *comprimé*.

Mais, avant d'étudier les causes de compression qui peuvent influencer le nerf facial et amener sa paralysie, nous devons dire que le nerf facial lui-même, en augmentant de volume, peut se trouver à l'étroit dans l'aqueduc de Fallope et peut se comprimer sur les parois du canal qui le renferme.

On se trouve dans ces cas en présence d'une véritable compression active.

Le nerf facial peut augmenter de volume, par suite de congestion. Or, c'est là justement le premier état de la névrite, c'est la périnévrite.

Pour schématiser la question, nous pourrions dire que le nerf facial congestionné, enflammé, passe par trois périodes : périnévrite, névrite périaxile de Gombault et névrite parenchymateuse.

Nous avons éliminé cette dernière ; peut-être devons-nous faire des réserves pour la seconde.

En tous cas, il ne nous paraît pas impossible d'admettre que le nerf facial atteint de périnévrite augmenté de volume, puisse se trouver comprimé dans le canal de Fallope, et qu'il puisse survenir une paralysie consécutive.

Le gonflement du nerf viendrait s'ajouter comme cause de compression à celles que nous allons étudier maintenant, et que nous pourrions qualifier d'extrinsèques, puisqu'elles tiennent à l'état des parties qui avoisinent le nerf.

Tillaux, Arloing et Tripier, ont démontré que, chez les animaux, la compression rapide ou lente ne détermine guère qu'un trouble circulatoire. Mitchell a trouvé de la congestion, quelques changements du contour des tubes nerveux ; mais ses descriptions sont peu précises.

Quoiqu'il en soit, retenons ce fait que la compression ne semble point altérer le tube nerveux. Ce qui est assez en rapport avec le pronostic toujours favorable de la paralysie faciale tardive.

Par quel mécanisme se produit la compression du facial dans la fracture du rocher ?

On pourrait penser, lors d'une fracture du rocher, surtout si elle est perpendiculaire ou oblique, à une rupture des vaisseaux artériels qui accompagnent le nerf facial dans l'aqueduc de Fallope et que nous avons décrits dans notre chapitre d'anatomie. Cette rupture amènerait un épanchement sanguin dans l'aqueduc, d'où la compression du facial.

Mais, outre que nous n'avons rien trouvé dans les auteurs qui confirme cette opinion, il nous semble que l'hémorrhagie survenant immédiatement après le traumatisme devrait déterminer une compression brusque du nerf et ne saurait expliquer par conséquent la paralysie faciale survenant quelques jours après le traumatisme crânien.

La plupart des observateurs qui ont vu des paralysies tardives ont rapporté les symptômes observés à la compression exercée sur le nerf par le gonflement du tissu osseux. C'est l'hypothèse qui, au premier abord, paraît la plus plausible.

Mais les autopsies des fractures de la base du crâne démontrent que les phénomènes de réparation sont nuls ou presque nuls, même dans les cas de guérison.

Quoiqu'en disent les auteurs du Compendium de chirurgie « nous avons vu guérir complètement des individus chez qui tous les signes annonçaient une fracture de cette sorte (base du crâne) et l'on nous accordera qu'une guérison qui est maintenant antorise à supposer la réunion solide des fragments », la réparation du tissu osseux dans les fractures de la base du crâne n'est pas évidente.

Dans une observation de Duverney (*Mémoire de l'Académie de chirurgie*, t. I, p. 191), on décrit l'autopsie d'un homme mort trois mois après une fracture de la base du crâne.

Cette fracture commençait au-devant de l'apophyse mastoïde, traversait les extrémités des apophyses pierreuses et la selle du sphénoïde. L'écartement des pièces de la fracture était d'environ une ligne. La nature paraissait n'avoir fait aucun effort pour en procurer la réunion.

On trouve dans la thèse de Vérité l'observation suivante : « Un homme, à la suite d'une chute, avait eu une fracture linéaire qui avait divisé d'avant en arrière la base du crâne. Ce désordre n'avait pas été soupçonné. Le malade était sur le point de sortir de l'hôpital, trente-cinq jours après l'accident, lorsqu'il succomba à une pneumonie.

La fissure ne présentait aucune trace de consolidation, et les os jouaient les uns sur les autres, comme si la fracture avait été faite à l'instant même. »

Dans l'observation XVIII de la Th. de Vérité, il s'agit encore d'un malade observé par Chassaignac, qui mourut deux mois après avoir présenté une fracture du rocher.

La fracture, qui intéressait l'occipital, venait croiser d'arrière en avant la base du rocher et se terminait dans la fosse temporale remontant de là jusqu'au pariétal.

Un commencement de consolidation paraissait exister dans la portion pariétale de la fracture.

Dans la discussion qui suivit cette présentation à la Société de chirurgie (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IX, p. 419), M. Houël fait remarquer que ce n'est pas une fracture simple, et dit qu'il n'admet la possibilité d'une consolidation que dans le cas où la fracture s'accompagne de nombreux désordres.

Chassaignac n'avait voulu montrer qu'une consolidation de fracture fissuraire. Il était évident que la fracture du rocher n'était pas réunie.

Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre. On en trouve de nombreuses observations dans les auteurs.

Duplay, dans sa pathologie externe, admet que les fractures du crâne peuvent se réunir par un cal osseux. Ce fait, nié par Malgaigne et par Houël, contrôlé comme nous venons de le voir par de nombreuses observations, a été surtout mis en lumière par M. Richet.

Mais M. Richet (Anat. topogr.) montre que *le cal n'était pas saillant*.

Il semble donc que la réparation des fractures du rocher ne puisse amener la paralysie faciale, puisqu'elle ne se fait pas, ou que, quand elle se fait, elle n'est point saillante.

Il nous paraît plus rationnel d'admettre qu'une partie seulement du tissu osseux est l'agent de la compression. Nous voulons parler du périoste qui, comme on le sait, tapisse l'aqueduc de Fallope.

Le gonflement du périoste serait suffisant pour déterminer un rétrécissement du canal de Fallope et la paralysie faciale.

Ce gonflement n'est pas immédiat. Il lui faut quelque temps pour se faire, ce qui est parfaitement en rapport avec l'apparition tardive de la paralysie dans certaines fractures du rocher.

C'est du reste la théorie invoquée par Richet au sujet de la

paralysie radiale. A propos de la paralysie faciale, il dit : « Il suffit que les parois du canal ostéo-fibreux qui les embrassent augmentent de volume pour que sur-le-champ il y ait compression du nerf et paralysie. »

Pour *résumer* les différentes opinions que nous avons étudiées successivement dans ce chapitre, nous pouvons dire :

Les causes les plus ordinaires de la paralysie faciale dans les fractures du rocher sont dues à la compression.

Cette compression peut être due à plusieurs causes ; mais *celle qui nous paraît devoir amener la paralysie faciale tardive, c'est la périostite secondaire qui accompagne le travail de réparation, bien imparfait du reste, qui suit les fractures du rocher.*

Accessoirement, nous admettons la *congestion du nerf*, qui l'augmente de volume. Nous l'avons du reste rangée dans les causes de compression que nous avons énumérées.

Symptômes.

Au point de vue symptomatique, la paralysie faciale tardive ne présente rien de spécial.

C'est une *paralysie flasque*, caractérisée seulement par l'impotence fonctionnelle des muscles innervés par les branches du facial ; elle présente tous les signes de la paralysie périphérique.

Il nous semble inutile de décrire la physionomie du sujet atteint.

Nous ne parlerons pas non plus des troubles occasionnés du côté de l'œil, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, parce que les observateurs ne s'en sont que peu ou point occupé dans le sujet que nous essayons de traiter.

A part l'inertie des muscles, la paralysie faciale tardive présente en quelque sorte des symptômes négatifs.

Mais il est un point sur lequel nous croyons nécessaire d'insister, c'est que :

Les muscles paralysés ne sont jamais le siège de spasmes, de mouvements convulsifs, de contracture ; il n'y a pas de troubles trophiques, et tous ces symptômes sont les compagnons obligés de la névrite parenchymateuse.

Le malade ne souffre pas ; il éprouve seulement un peu de gêne, résultat forcé de l'abolition de certains mouvements.

Dans la paralysie faciale tardive, la contractilité électrique paraît avoir conservé toute son intégrité, et c'est encore ce qui la distingue essentiellement de la paralysie faciale de cause névritique.

Dans ces cas, en effet, on voit survenir au bout de peu de jours la diminution, puis l'abolition complète de la contractilité électrique.

On lit, en effet, dans l'article *Névrite*, du DICT. DE JACCOUD (Labadie-Lagrave) : « La névrite est-elle accompagnée de paralysie motrice (et ce n'est généralement que dans ce cas que l'on a recours à l'exploration électrique) ; l'irritation électrique peut être normale, comme dans une légère paralysie par compression, mais si le travail phlegmasique du nerf a entraîné sa dégénérescence, on remarque alors une diminution de la réaction électrique, comme Erb et Bernhardt l'ont constaté dans plusieurs cas. »

Cette réaction électrique peut même disparaître tout à fait, et c'est alors qu'on voit apparaître rapidement l'atrophie musculaire.

Nous n'observons rien de semblable dans la paralysie faciale tardive.

Marche. — Durée. — Pronostic.

Ce qui caractérise la paralysie que nous décrivons, c'est son apparition tardive.

L'époque en est variable, suivant les cas. *Elle se montre généralement du troisième au huitième jour, plus fréquemment le cinquième* (3 cas sur 8 observations).

En tout cas, elle s'installe rapidement du jour au lendemain, sans que rien ait pu faire prévoir d'avance son début. Pourtant les symptômes, peu accusés le premier jour, s'accentuent pendant les deux ou trois jours qui suivent.

Une fois produite, la paralysie reste stationnaire pendant une quinzaine de jours environ.

Peu à peu, on voit la contractilité volontaire reparaître dans les muscles atteints.

En général, c'est au bout de *quatre semaines* qu'on observe la guérison complète.

En effet, la guérison est la règle.

Le *pronostic* de la paralysie faciale tardive est essentiellement favorable.

Il est bien entendu que nous n'avons en vue ici que la paralysie en elle-même, sans nous occuper du pronostic de la fracture.

Valeur séméiologique de la paralysie faciale tardive.

Parizot, dans une thèse soutenue en 1886 sous l'influence de M. le professeur Verneuil, s'exprime ainsi : « Les contusions sont une cause assez fréquente de paralysie faciale. La plupart des auteurs qui ont traité ce sujet : Ch. Bell, Descolt, Davaine, Bellnigieri, rappellent de nombreuses observations de paralysie faciale ayant succédé à des coups violents portée sur la tête, ou à des chutes sans fracture du crâne. La paralysie faciale qui a suivi ces accidents a été en général de courte durée, si bien que Bell assigne en moyenne aux paralysies de cette nature une durée de trois semaines.

Bellingieri en rapporte plusieurs exemples ; on en trouve dans Ch. Bell trois exemples suivis de guérison.

Dans l'une, la cause fut une chute d'un lieu élevé sur la tête.

Le malade eut de la stupeur pendant quelques instants après l'accident.

Dans les deux autres observations, *le coup avait été porté directement sur l'oreille par des instruments contondants.*

Je pourrais multiplier les faits, et il me suffira de dire que leur examen attentif, en général démontre qu'il ne s'agit pas ici de lésions graves, telles que la déchirure ou broiement du facial.

Nous ferons remarquer ici que rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu fracture du rocher, d'autant mieux que les points d'application de la violence rendent cette hypothèse très admissible.

Parizot continue : « Quelle est donc la cause de la lésion ? Est-ce un simple ébranlement, une sorte de commotion du nerf, ou une compression par du sang épanché, ou enfin une légère inflammation, soit du névrilème, soit du nerf lui-même ? L'absence d'autopsie ne nous permet pas de résoudre cette question d'une façon définitive. »

Plus loin, on lit : « Dans les fractures transversales du rocher, le nerf facial est déchiré, contus, comprimé entre les fragments. La statistique d'Aran semblerait démontrer que cet accident n'arrive guère que dans le tiers des cas. D'un autre côté, comme on le voit dans de nombreuses observations,

de simples contusions amenèrent la paralysie faciale sans qu'il soit permis de soupçonner une fracture; d'où il suit que la paralysie faciale seule ne peut avoir une grande valeur en l'absence d'autres signes. »

« Dans les fractures obliques on parallèles à l'axe, la membrane et la caisse du tympan, et les parties profondes de l'oreille peuvent être déchirées, mais le nerf facial et son conduit, le conduit auditif interne, sont respectés par la fracture; il n'y a pas de paralysie faciale, pas d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par l'oreille. »

Nous ferons remarquer que ces conclusions sont beaucoup trop absolues; il existe des cas de fractures obliques ou parallèles à l'axe du rocher, dans lesquels on a observé la paralysie faciale.

Nous avons tenu à faire ces citations, trop longues peut-être, pour bien montrer que la fracture du rocher et la paralysie faciale ne sont pas intimement liées l'une à l'autre.

Il peut y avoir fracture du rocher sans paralysie faciale, de même que la paralysie faciale peut s'observer à la suite de traumatismes crâniens, sans fracture du rocher.

On ne peut donc pas considérer la paralysie faciale comme un signe pathognomonique de la fracture du rocher.

En l'absence d'autres signes de fracture, elle n'a par elle-même aucune valeur.

C'est du moins ce qui ressort des conclusions de la thèse de Parizot. *Mais les considérations de cet auteur sont purement théoriques*, on pourrait les dire d'imagination pure; elles ne reposent sur aucun fait d'observation directe. *Parizot ne relate pas d'autopsies confirmant son dire.*

Il est possible que son interprétation soit vraie, et c'est pourquoi nous avons fait des réserves à ce sujet.

Mais, à notre tour, ne pourrions-nous pas donner une explication qui nous paraît tout aussi rationnelle? Ne pourrait-on pas considérer les cas signalés par Parizot *comme des fractures du rocher méconnues ayant amené la paralysie faciale?*

Mais, devant un malade qui présente quelques-unes des symptômes de la fracture du rocher, dès que la paralysie se montre, le diagnostic s'impose.

C'est justement dans ces cas que la paralysie faciale, apparaissant tardivement, prend une valeur diagnostique importante.

Avant son apparition, le diagnostic pouvait rester hésitant; dès qu'elle est constatée, le doute n'est plus permis.

Nous avons vu que les idées émises par Parizot sont purement théoriques. Mais il est des faits qu'il faut retenir. C'est que, dans aucun cas de traumatisme crânien autre que ceux ayant amené la fracture du rocher, *nous n'avons vu survenir la paralysie faciale tardive.*

Nous avons pensé surtout aux épanchements sanguins intra-crâniens. Nous avons lu tout ce qui a été écrit sur eux, en particulier la thèse de G. Marchant. Nous n'avons rien trouvé au sujet de la paralysie que nous étudions.

Nous avons vu que dans la plupart des cas où la paralysie faciale tardive a été observée, il s'agissait de fracture du rocher. Les signes qui l'avaient précédée permettaient de l'affirmer.

Par contre, nous n'avons vu chez les auteurs aucun cas de traumatisme crânien en dehors de la fracture du rocher ou de l'apophyse mastoïde qui se soit accompagné de paralysie faciale tardive (Epanchements sanguins intra-crâniens, fracture du conduit auditif externe).

D'où nous croyons pouvoir conclure que la paralysie faciale tardive appartient exclusivement aux fractures de l'apophyse pétrée du temporal.

Conclusions.

I. La paralysie faciale dans les fractures du rocher peut apparaître tardivement.

II. Dans ces cas elle doit être rapportée à la compression du nerf par le gonflement du périoste qui tapisse l'aqueduc de Fallope, au moment du travail de réparation.

Il faut tenir compte aussi de l'augmentation de volume du nerf lui-même, occasionnée par sa congestion.

III. La paralysie faciale tardive est toujours une paralysie flasque.

IV. Son pronostic est toujours favorable.

V. Dans les cas où le diagnostic de fracture du rocher reste en suspens, l'apparition de la paralysie faciale tardive permet de l'affirmer.

Indications bibliographiques.

Aran. (Arch. gén. de méd., 1844, 4e série, tome VI.)
Chauvel. (Th. Paris, 1864.)
Dict. Jaccoud. (Art. nerfs. Pathologie médicale due à Labadie-Lagrave.)
Duplay. (Traité de pathologie externe.)
Le Diberder. (Th. Paris, 1869.)
Longet. (Physiologie, 3e édition, 1869.)
Parizot. (Th. Paris, 1866.)
Reclus. (Manuel path. ext., tome I.)
Richet. (Anat. topographique.)
Sappey. (Anat. descriptive.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hypertrophie douloureuse des mamelles chez l'homme, par Emile Laurent, interne à l'Infirmerie centrale des prisons, à Paris.

Nous présentons ici une observation d'une affection rare et peu connue, que plusieurs auteurs ont confondue avec la gynécomastie : c'est une hypertrophie douloureuse et passagère des mamelles chez un homme adulte.

Olphan, dans sa thèse (*Un mot sur la gynécomastie*. Th. de Paris, 1880), la fait rentrer dans la gynécomastie.

Paul Jose Maria Sojo Carmona y consacre quelques lignes dans sa thèse sur le sein douloureux (1887) et en fait une entité morbide distincte.

D'ailleurs, fort peu d'observations de ce genre ont été publiées. Nous en avons néanmoins trouvé un cas rapporté par Nélaton dans la *Gazette des hôpitaux* de 1886. Il s'agissait d'un individu de vingt-trois ans, qui avait le sein gauche hypertrophié et très douloureux. La mamelle avait même fini par prendre une consistance lobulée, et le mamelon laissait échapper un liquide séreux et blanchâtre. Cette hypertrophie est survenue subitement, sans causes appréciables. Les organes génitaux sont bien développés et le sujet ne présente aucun des caractères du féminisme. Les douleurs s'irradiaient

dans les parties voisinee et étaient tellement vives qu'il fut un moment question d'enlever le sein.

Voici le fait analogue que nous avons observé à l'Infirmerie de la Santé, dans le service de M. le docteur Petit :

Observation.—L..., 35 ans, mécanicien, né à Tourcoing. Nous relevons dans ses antécédents héréditaires l'alcoolisme chez le père. Un de ses frères a eu des convulsions pendant son enfance et est resté infirme.

L... a fait lui-même des excès alcooliques, buvant chaque jour trois ou quatre litres de vin et plusieurs petits verres de rhum.

C'est un individu à l'intelligence lourde et épaisse, ne sachent ni lire ni écrire.

Voici ses diamètres céphaliques :

D. Antéro-postérieur	197 m.m.
D. Transverse	151 —
D. Bizygomatique	132 —
Indice céphalique	76 —

L... a les bras couverts de tatouages représentant des fleurs, des danseuses, des soldats, etc. Il a déjà subi 12 condamnations pour ivresse, rixe, mendicité et contrebande.

Il y a trois mois, il a commencé à ressentir des picotements, des élancements douloureux dans les seins qui se mirent à gonfler.

Lorsque nous examinons le malade, nous trouvons ses mamelles développées comme celles d'une fille de 15 ans. Au-dessous du mamelon et au-dessous de la peau ambiante, on sent un gâteau grand comme la paume de la main, dur, douloureux, rappelant la forme et la consistance d'une mamelle de femme.

Les mamelons sont un peu saillants et les glandes sébacées du pourtour de l'aréole un peu plus développées que de coutume. Il ne suinte pas de liquide par le mamelon.

Les seins sont très douloureux à la pression, et le malade souffre beaucoup.

Cet homme a de la barbe, un système pileux bien développé : des membres bien musclés, des formes viriles, une voix d'un timbre grave et des organes génitaux normalement développés. D'ailleurs, il a été marié ; il remplissait bien ses devoirs conjugaux, et il prétend qu'il a tout lieu de se croire le père d'un garçon de 8 ans que lui a laissé sa femme.

Le malade passa seulement quelques semaines à l'Infirmerie de la Santé. Des cataplasmes laudanisés amenèrent quelques soulagements, et, lorsque le malade sortit, les douleurs étaient moins vives et les seins avaient notablemeot diminué.

Réflexions. — On ne saurait voir là, comme dans l'observation rapportée par Nélaton, un cas de gynécomastie, affection essentiellement indolore et persistante, apparaissant généralement à l'époque de la puherté et s'accompagnant d'un certain degré de féminisme et d'une atrophie plus ou moins prononcée des organes génitaux. Le gynécomaste est déjà presque un homme incomplet : il est au seuil de l'hermaphrodisme. Rien de tout cela ne se rencontre chez notre malade, ni chez celui de Nélaton. Ses mamelles grossissent accidentellement à une époque lointaine de la puberté ; cette hypertrophie est douloureuse et passagère ; de plus, nous l'avons dit, c'est un homme aux formes viriles, hien constitué au point de vue génital, anatomiquement et physiologiquement.

Il s'agit évidemment, dans ces deux cas, d'une lésion spéciale encore mal connue et peu étudiée jusqu'ici à cause de la rareté des observations, affection que nous appelons hypertrophie douloureuse et accidentelle des mamelles, sans préjuger en rien de la nature, ni des causes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'étude des tumeurs kystiques.

I. Un cas de kyste du pancréas, traité avec succès par l'incision et le drainage, et compliqué de glycosurie, par le docteur Bull. (*New - York medical Journal*, vol. XLVI, p. 376.) — II. Sur les kystes du pancréas, par le docteur W. Kühnast. (*Dissertation inaugurale*, Breslau, 1887 ; analysé *in Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 4, p. 75.) — III. Sur la formation des kystes de l'hymen, par le docteur O. Piering. (*Prager medic. Wochenschrift*, 1887, n° 49.)

I. Un homme de quarante-cinq ans était entré à l'hôpital de New-York pour de violentes coliques qu'il éprouvait depuis plneieurs heures, et qui s'étaient développées soudainement. Il se mit à vomir des masses noirâtres. Il accusait une grande sensibilité dans la région du foie. Puis il présenta de la jaunisse.

Environ quatre eemaines plus tard, on s'aperçut de l'existence d'une tumeur, un peu au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur, indolente, gagna rapidement en volume. Puis elle s'effaça, après évacuation de matières noires par l'intestin. Cette crise diarrhéique s'était accompagnée de coliques.

Au bout de trois semaines, réapparition de la tumeur, qui se mit de nouveau à augmenter de volume. Le malade avait maigri, perdu de ees forces et de son appétit. La matité correspondant an foie s'étendait depuis le hord supérieur de la sixième côte jusqu'au rehord libre des fausses-côtes. La rate n'était pas augmentée de volume. Les régions épigastrique et ombilicale, la partie interne des deux hypocondres étaient distendues par une tumeur fluctuante, à surface lisse, sans adhérences avec les parties voisines. Pas de frémissement hydatique perceptible au niveau de cette tumeur ; matité, eauf au centre, où la percussion développait un son tympanique. La tumeur suivait les excursions du diaphragme ; elle était agitée par de légères pulsations.

Après distension de l'estomac, opérée au moyen d'une poudre effervescente, la zône de tympanisme mentionnée plus haut, envahit les deux tiers environ de l'aire de la tumeur.

Une ponction exploratrice donna issue à nn liquide d'un hrun noirâtre, trouble, inodore, de réaction alcaline, riche en chlorures, ne contenant pas d'éléments biliaires et seulement des traces d'urée. Pas d'albuminurie ; un peu de glycosurie.

M. Bull s'arrêta au diagnostic de kyste du pancréas. Il proposa une opération, qui fut acceptée : incision, le long de la ligne médiane, de 4 pouces de longueur, descendant jusqu'à l'ombilic. L'estomac se présente à l'angle supérieur de l'incision ; un aide le maintient relevé en haut. La face postérieure de l'épiploon était adhérente à la tumeur. On la sectionna, et on mit à jour un kyste du pancréas, à consistance ferme, à paroi épaisse. On ferma la moitié supérieure de la plaie abdominale, au moyen de sutures qui intéressaient toute l'épaisseur des téguments abdominaux. On fixa ensuite le péritoine aux lèvres de la moitié inférieure de l'incision, et on bourra la plaie avec de la gaze iodoformée. Le septième jour on procéda à l'ouverture du kyste à l'aide du thermocautère. On donna d'ahord issue à 118 onces de liquide hrun ; puis, avec une cuiller, on retira des masses granuleuses, ayant l'aspect de manganèse.

A la suite de cette opération, l'état général du malade s'améliora en très peu de temps. Du 13 août au 14 septembre, le poids corporel du malade augmenta de 12 livres 1/2. Retour de l'appétit et des forces. Peu à peu, les selles reprirent une teinte normale; sous l'influence d'un régime approprié et de l'administration de la codéine, la glycosurie alla en diminuant.

Le malade quitta l'hôpital presque entièrement rétabli. Deux semaines après, il mourut subitement.

L'autopsie n'a pas eu lieu; par contre, le liquide extrait du kyste a fait l'objet d'une analyse chimique très complète. Cette analyse a montré que le liquide en question était doué de la propriété de transformer l'amidon en sucre et d'émulsionner les graisses, qu'il contenait du sucre (2,70 0/0) et de la sérum-albumine (2,21 0/0), une grande quantité de leucocytes; à l'examen microscopique il donnait la raie caractéristique de la méthémoglobine.

II. M. Kühnast relate, dans sa thèse inaugurale, l'observation d'un homme de cinquante et un ans, alcoolique, ayant déjà eu deux accès de *delirium tremens*, lorsqu'il se fit admettre dans le service du professeur Biermer, à Breslau.

Neuf mois auparavant, le malade avait été pris de vomissements de sang, après quoi était survenu un ictère, qui persista plusieurs semaines. Les mêmes symptômes s'étaient répétés cinq semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, l'état du malade était le suivant: Ictère très prononcé, violentes douleurs de ventre, ascite. Foie dur, diminué de volume, avec inégalités à sa surface. Selles graisseuses, presque entièrement décolorées. Endolorissement de la région du foie et de la rate. Une ponction exploratrice donna issue à une sérosité légèrement jaune. On put reconnaître alors la présence, dans le ventre, d'une tumeur dure, bosselée, difficile à délimiter par la palpation, qui paraissait avoir le volume d'un poing, qui ne suivait pas les mouvements respiratoires. Cette tumeur était située à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. Elle n'adhérait pas au foie; elle répondait, comme siège, au pylore et à la petite courbure de l'estomac.

M. Biermer diagnostiqua un cancer de l'estomac, compliqué d'une cirrhose du foie.

Dans la suite, le malade a eu à plusieurs reprises des vomissements noirâtres (marc de café), des douleurs à l'épigastre. Il a succombé au collapsus, après apparition subite d'un météorisme très prononcé. Voici les principales constatations faites à l'autopsie:

La cavité abdominale contenait une quantité assez considérable de sérosité; le côlon était fixé par des adhérences au pylore et à la grande courbure de l'estomac; de plus, déprimé par la vésicule biliaire fortement distendue. L'intestin grêle adhérait au lobe gauche du foie, et ce dernier au diaphragme. Deux foyers d'infiltration hémorrhagique se voyaient sur la face interne du duodénum, à environ 2 cent. 1/2 du pylore; l'un d'eux était creusé en forme de cratère. Au-dessous de la pointe du lobe gauche du foie, on apercevait un lambeau de tissu pancréatique, d'une épaisseur de trois travers de doigt, qui se continuait, à gauche, avec une masse constituée par de petits kystes, derrière lesquels était caché un kyste plus gros, du volume d'une pomme. Cette masse caverneuse s'était développée aux dépens du corps du pancréas; vers la queue de cet organe, elle se continuait de nouveau avec du tissu sain.

On pouvait poursuivre le trajet du canal de Wirsung sur une étendue de 6 centimètres environ; puis le conduit se perdait dans la masse kystique, mais encore pouvait-on le reconnaître par places. Le canal hépatique et ses ramifications étaient fortement dilatés et distendus par un liquide clair. Le contenu des masses kystiques était constitué par du sang plus ou moins altéré; il s'agissait donc d'un hématome.

L'auteur a relevé dans son travail, sous forme de tableau, les principaux exemples de kystes du pancréas, au nombre de quarante-cinq, dont il est fait mention dans les recueils de la littérature médicale.

III. Les kystes de l'hymen sont encore plus rares que ceux du pancréas. M. Piering n'a pu découvrir, dans les recueils de médecine, que sept exemples de ce genre de kyste, publiés par différents auteurs.

Dans l'un de ces cas, l'examen microscopique a montré que le kyste s'était développé aux dépens de l'épithélium de la face externe de l'hymen, épithélium qui s'était plissé en forme de doigt de gant, avec oblitération de cette dépression à son entrée. Dans un autre cas, le kyste, qui était en voie de formation, était constitué par deux plis de l'hymen, qui, se développant en sens inverse, avaient fini par se rejoindre. Même mode de formation du kyste, dans deux autres cas.

M. Piering a eu l'occasion d'autopsier une jeune fille qui portait un kyste de l'hymen. Le kyste était multiloculaire. La face interne était tapissée, mais en certains points seulement, par une couche unique de cellules à noyau ovalaire, ayant tout l'aspect de cellules endothéliales. Dans l'une des loges du kyste, débouchait un vaisseau, dont la paroi présentait également une structure endothéliale. En raison de ce fait, M. Piering pense que le kyste était le résultat d'une ectasie d'un vaisseau lymphatique, qui aurait eu elle-même pour cause une cyphose avec hypérémie consécutive de tous les organes génitaux.

E. Ricklin.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

La tuberculose des animaux et la phthisie humaine, par G. Butel, in-8° de 85 pages. — Paris, Asselin et Houzeau, 1887.

Un vétérinaire de Meaux, M. G. Butel, a consacré un très intéressant rapport à démontrer la contagiosité de la tuberculose sous ses diverses formes et par les diverses voies. Toutes les parties, tissus ou liquides d'un sujet tuberculeux seraient capables, au moins dans un grand nombre de cas, de transmettre la maladie, *toutes*, c'est-à-dire le sang, le lait, la viande, etc. Le tube digestif constituerait chez l'homme aussi bien que chez les animaux une voie de contagion admirablement disposée pour l'infection tuberculeuse et beaucoup plus importante que toutes les autres. Enfin, la viande de boucherie, malgré son bel aspect extérieur, peut receler des bacilles agents de la virulence, et que la chaleur culinaire ne parvient pas à détruire.

Il ressort donc de cet ensemble de faits que l'alimentation

avec des produits, lait ou viande, provenant d'animaux tuberculeux serait une grande cause, peut-être la principale, de la phthisie de l'homme. Aussi M. Butel réclame-t-il des mesures sanitaires, parmi lesquelles nous mentionnerons les suivantes :

« Le lait étant un aliment parfois virulent, toujours suspect, et qu'il ne faudrait jamais consommer qu'après avoir été bouilli, il en résulte que les vacheries industrielles destinées à la vente du lait en nature devraient être l'objet d'une surveillance périodique permettant de saisir et d'abattre les bêtes tuberculeuses qu'on y rencontrerait.

« La viande des animaux phthisiques ayant été expérimentalement reconnue virulente, et la phthisie humaine provenant certainement pour une large part de l'étal du boucher, toutes les viandes tuberculeuses, sans exception ni réserve, devraient être saisies, quel que fut le degré de la maladie de l'animal abattu, parce que cette mesure est l'unique moyen de prévenir sûrement le danger et que, contrairement à la saisie restreinte, elle est d'une application facile dans les abattoirs.

« Enfin, pour permettre aux habitants des campagnes et des villes peu importantes de bénéficier des avantages qui résultent pour les grands centres de l'inspection des viandes de boucherie, l'administration devrait étudier l'organisation d'un service permanent, qui placerait sous la surveillance d'un vétérinaire sanitaire les abattoirs publics et les tueries particulières situés dans son rayon. »

Dr F. A. S.

NOTES & INFORMATIONS

Les ambulances urbaines. — M. Lozé, préfet de police, vient d'adresser aux commissaires de police la circulaire suivante :

Paris, 25 juin 1888.

Monsieur,

Un service des ambulances urbaines, dû à l'initiative privée, a été inauguré à Paris, le 1er juin courant. Il a pour but d'assurer des secours immédiats aux malades et aux blessés, et leur transport soit chez eux, soit à l'hôpital.

Le siége des ambulances urbaines est à l'hôpital Saint-Louis, où se trouvent remisées trois voitures, dont une, toujours attelée, est prête à marcher à toute heure de jour ou de nuit.

Un réseau téléphonique relie le siége des ambulances à vingt-huit pharmacies ou postes de police dont vous trouverez la liste ci-après.

Ce service fonctionne ainsi qu'il suit :

Lorsqu'un malade ou un blessé est amené dans un de ces postes ou dans une de ces pharmacies, que son état est reconnu assez grave pour nécessiter son transport soit chez lui, soit à l'hôpital, le chef de poste ou le pharmacien demande, par téléphone, la voiture remisée à Saint-Louis. Cette voiture, dans laquelle prend place un interne de l'hôpital, vient immédiatement chercher le malade.

Je vous prie, monsieur, de prendre bonne note de ces indications.

Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le préfet de police,
H. Lozé.

Académie des sciences. — L'Académie a procédé, dans sa séance du lundi 9 juillet 1888, à l'élection d'un vice-président pour 1888, en remplacement de M. Hervé-Mangon, décédé, M. des Cloizeaux a été élu par 40 suffrages contre 3 accordés à M. de Lacaze-Duthiers et 1 bulletin blanc, sur 44 votants.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — *S. Tommasi* — Le vénéré professeur Salvatore Tommasi vient de succomber le 13 juillet à la douloureuse maladie qui le tourmentait depuis plusieurs années. Tommasi dirigea longtemps l'une de nos meilleures revues médicales, Il Morgagni. On peut dire qu'en le perdant, l'Italie voit disparaître un des hommes auxquels elle doit le plus, pour cet essor que la médecine scientifique a pris dans ce pays durant ces vingt-cinq dernières années.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. le professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 13 juillet 1888, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier, — M. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; M. le docteur Le Bon (de Paris).

— Par décret, en date du 14 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Labric, médecin des Enfants-Malades.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gérin-Roze, médecin de l'hôpital Lariboisière ; Charles Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; Villeneuve, médecin de l'hôpital de Marseille ; Gros, à Mustapha ; Picard, à Pelles-sur-Cher ; Teillais, à Nantes ; Tonnel, à Niort.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses soutenues pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Foveau. De la vaginite et de son traitement. — M. Romme. Contribution à l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique.

M. Letenneur. Les tumeurs stercorales en obstétrique. — M. Tostivint. Contribution à l'étude de l'hystérie pulmonaire (pseudo-phthisie hystérique).

M. Teulière. Des complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique. — M. Vincent Martin. Ponctions et injections antiseptiques dans les hémathroses du genou.

M. Lamare. De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical. — M. Dauriac. Cancer primitif de la région clitoridienne. — M. Rosenthal. Sur les déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux. — M. Pouey. Recherches sur les microbes du pus blennorrhagique.

M. Hamaide. Contribution à l'étude clinique des anesthésies dépendant de lésions en foyer de l'écorce cérébrale. — M. Le Noc. Contribution à l'étude clinique de la forme suffocante de la tuberculose miliaire aiguë.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888.

44. M. Flandrin. Le régime hospitalier pendant la campagne de Madagascar. — 45. M. Mialaret. Cancer de l'utérus. — 46. M. Roques. Contribution à l'étude du typhus à bord des navires. —

47. M. Bourguignon. Goutte et saturnisme dans la marine. — — 48. M. Morin. Du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie. — 49. M. Caraës. Contribution à la pathologie exotique des distomes du foie chez l'homme en extrême-Orient.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 8 au samedi 14 juillet 1888.

Fièvre typhoïde 11.—Variole 3.— Rougeole 18.— Scarlatine 3. — Coqueluche 8. — Diphthérie, croup, 23 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 161.— Autres tuberculoses 36. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 10. — Méningite 27. — Congestion et hémorr. cérébrales 46.— Paralysie 4.— Ramollissement cérébral 11.—Maladies organiques du cœur 42.— Bronchite aiguë 25. — Bronchite chronique 15. — Broncho-pneumonie 12.— Pneumonie 31. — Gastro-entérite : Sein 24. — Biberon 54. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 25. — Suicides 15. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort 145. — Causes inconnues 10.— Total de la semaine : 844 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nouvelle méthode de traitement de la diphthérie, par le docteur G. Guelpa, membre de la Société de médecine pratique. Un volume in-8o de 80 pages.—Prix : 2 fr.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des progrès accomplis sur la question de la rage, et de la part qui en revient à la théorie nerveuse, par le docteur Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie de médecine. Une brochure in-8o de 50 pages.—Prix : 2 fr.—Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

La folie chez les enfants, par le docteur Paul Moreau (de Tours). Un volume in-16 de 444 pages. (Bibliothèque scientifique contemporaine.) — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la rage paralytique, par le docteur Auguste Ygouf. Une brochure in-8o de 98 pages. — Prix : 3 francs. Paris, librairie Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Ruptures de l'urèthre chez l'homme et de leur traitement, par le docteur A. Etienne. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. Une brochure de 68 pages. — Prix : 2 fr. 50.—Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. Une brochure in-8o de 124 pages. — Prix : 3 fr. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Études de psychologie expérimentale faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques impressionnant à distance les réseaux nerveux périphériques, par J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. Un volume in-8o de 80 pages, avec 28 photoglypties originales. — Prix : 5 fr. — Paris, 1887, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants. — Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix : 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

CYSTITE TUBERCULEUSE DOULOUREUSE ; TAILLE HYPOGASTRIQUE ; DRAINAGE DE DEMONS ; RÉSULTAT FONCTIONNEL PARFAIT, par M. EDMOND BLANC (de Lyon), chef de clinique obstétricale.

Le traitement opératoire des cystites douloureuses, rebelles à toutes les médications classiques, parfaitement établi en Amérique et en Angleterre depuis Emmet et Bozemann, est définitivement entré aujourd'hui dans la pratique française, et l'on peut se convaincre de l'excellence des résultats obtenus en lisant la thèse si remarquée qu'un des distingués élèves de Guyon, Henri Hartmann, a consacrée à l'étude de cette question.

Les deux modes opératoires employés chez l'homme sont la taille sus-pubienne et l'incision périnéale, qui aboutissent tous deux au même résultat, la *suppression physiologique de la vessie*, et par suite la disparition des phénomènes congestifs entretenus par la contraction de l'organe.

L'incision périnéale est préconisée surtout par Thompson; Guyon et l'Ecole française préfèrent la taille hypogastrique qui supprime plus complètement les contractions vésicales et permet au chirurgien de mieux explorer l'intérieur de la vessie et au besoin d'agir sur les lésions par des applications locales. Un autre avantage réside dans la facilité qu'on a de laisser la vessie plus longtemps ouverte.

Quoiqu'il en soit du mode opératoire mis en usage, qu'on intervienne par le périnée ou l'hypogastre, peu importe; du moment que le drainage et l'évacuation continue de la vessie sont assurés, l'indication capitale est remplie.

Comme le dit Hartmann, *pas de distension, pas de contraction, pas de douleur.* Outre ce bénéfice très réel, la suppression de la douleur, le drainage a encore d'autres avantages : il met fin aux hématuries si fréquentes, dûes aux contractures de l'appareil musculaire exprimant en quelque sorte la muqueuse sous-jacente.

Cette opération est donc destinée à devenir d'une pratique courante, alors même que la nature des lésions (tuberculose avancée, néoplasme infiltré), ne permet pas d'espérer la guérison. Les résultats obtenus sont assez beaux, assez consolants, pour qu'on n'ait pas le droit d'en refuser le bénéfice aux malheureux vésicaux que tourmentent sans relâche des crises atroces de ténesme avec hématuries répétées. On peut, on doit même leur procurer, avec le soulagement de leur douleur, l'illusion d'une guérison complète, quand déjà des lésions viscérales avancées font prévoir leur fin prochaine.

L'exemple suivant, recueilli par nous dans le service de M. le professeur Poncet, est bien propre à nous convaincre de l'excellence d'une telle opération, *palliative* et *morale* :

OBSERVATION. — Jean-Baptiste V..., âgé de 14 ans, entre le

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE

Suite et fin. — Voir les numéros 28 et 29.

III

Nous espérons que point ne s'y méprennent le Directeur Dujardin-Beaumetz et son entourage, qu'ils voient plus loin que les béatitudes apportées de l'antichambre et percent la brume officielle pour regarder dans l'au delà.

Ils n'ont point fait cette situation, fille de deux stériles qui ont stérilisé.

Ce serait leur éternel bonheur d'en sortir tête haute, de substituer pour les « tempéraments de travail », ces élus de Dieu qui devraient l'être des hommes — à la végétation la vie au *choux trompe-l'œil*, le vrai choix de rendre au Mérite les moyens de se classer lui-même, de se monter et de se montrer en sa place dans ces épreuves honnêtement publiques, aussi justes que peuvent l'être balances d'ici-bas — où se portent les couleurs de noble dame la Science et se gagnent sans tricherie les éperons d'or (1).

On ne travaille jamais en vain.

Même au Parlement, même dans les Commissions et Sous-Commissions.

M. Gadaud, député de la Dordogne, vient de mettre au jour, après un travail assez long, son rapport sur la création d'une Ecole du Service de santé militaire.

On n'y trouve rien de bien inconnu et inédit, ce qui était à prévoir en ce sujet plaidé depuis longues années; il nous a paru toutefois documentaire d'aider M. le Rapporteur à rapporter cette cause excellente à l'aide de quelques chiffres précis empruntés aux œuvres d'imagination périodiques de M. Victor Rozier.

Les Annuaires.

(1) Nous lisons dans le TEMPS du 4 juillet : « Tant qu'on n'aura « pas rétabli le concours pour l'avancement dans les divers grades, « on pourra avoir des serviteurs consciencieux, zélés, dociles, « mais on n'aura pas de médecins instruits parce qu'ils auront « plus d'intérêt à se concilier la bienveillance de leurs chefs qu'à « perfectionner leur instruction. »

6 juillet 1886 dans le service de M. le professeur Poncet (Hôtel-Dieu).

Parents vivants et bien portants. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire; deux autres sœurs mortes jeunes d'affections que le malade ne peut nous préciser; une quatrième est actuellement à l'hôpital et présente des lésions bien nettes aux deux sommets.

Lui-même a été bien portant jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque, il eût au niveau du poignet droit un abcès péri-articulaire qui s'ouvrit spontanément et se guérit sans élimination de séquestre.

Au mois de janvier dernier, diarrhée profuse qui aurait duré plus d'un mois.

A la fin d'avril, apparition de troubles vésicaux (hématuries, mictions douloureuses, douleurs irradiées à l'extrémité de la verge et soulagées par le tiraillement de l'organe).

Ces symptômes ont augmenté rapidement d'intensité et sont actuellement à leur maximum.

Les douleurs sont continues: la marche, la voiture, le chemin de fer, les augmentent; mais le repos dans le décubitus dorsal ne les calme nullement.

Le nombre des mictions est considérablement accru; besoins pressants, impérieux, difficilement satisfaits; émission de quelques gouttes, très douloureuses, surtout à la fin. La fréquence des mictions est aussi considérable dans le décubitus dorsal que dans la station debout.

Crises de ténesme que rien ne soulage. Parfois, suppression brusque du jet d'urine; à plusieurs reprises, il y a eu émission de petits graviers.

Urines sanguinolentes, avec flocons de mucus et dépôt purulent abondant.

L'exploration de la vessie, pratiquée à l'aide de l'instrument de Guyon, après injection de 60 grammes d'eau boriquée, permet de percevoir d'une façon très nette un *léger frottement* sur un corps dur situé sur la paroi postérieure de l'organe. Ce frottement a été constaté à plusieurs reprises par diverses personnes. Au toucher rectal, on a la sensation d'une surface dure sur une petite étendue de la paroi vésicale postérieure.

L'état général est des plus misérables: le visage du petit malade exprime un état de douleur continu; à tout moment, crises atroces de ténesme; hématuries persistantes, isosmuie, inappétence absolue. Aussi l'amaigrissement est-il extrême, et la cachexie fait des progrès rapides. L'examen des poumons ne donne aucun signe bien net.

En présence d'un état aussi grave, et bien que l'hésitation soit permise entre une tuberculose vésicale que les antécédents rendent très probable, et un calcul auquel certains signes permettent de songer, M. le professeur Poncet se décide à une opération hâtive; il faut couper court à une si intolérable situation. Dans l'une et l'autre hypothèse, l'intervention s'impose; elle sera curative dans le deuxième cas, simplement palliative dans le premier.

Donc, séance tenante, la taille hypogastrique est pratiquée suivant le mode opératoire, si bien réglé aujourd'hui. La vessie ouverte, le doigt en explore minutieusement les coins et recoins; nulle part, on ne trouve trace de calcul. La surface interne est partout fongueuse; quelques ulcérations et granulations peu saillantes. Au milieu de la face postérieure, le doigt rencontre une colonne dirigée longitudinalement, dure, fibreuse, recouverte d'incrustations calcaires et formant un relief nettement accusé.

Un long tube en caoutchouc, fenêtré dans sa partie vésicale seulement, *passe à la fois par l'urèthre et la plaie vésicale* (Drainage de Demons).

Pansement à la gaze boriquée.

Le lendemain et les jours suivants, jusqu'à la suppression du drainage, les pièces du pansement sont absolument intactes: *pas une goutte d'urine ne souille la plaie.* La partie du drain qui passe par la plaie vésicale livre seule passage à l'urine, recueillie dans un vase situé entre les cuisses du malade et où plongent les deux extrémités du tube. Lavages boriqués fréquents.

L'amélioration est aussi rapide que complète. Les douleurs et les hématuries disparaissent comme par enchantement; notre petit malade dort bien et mange un peu. Sous l'influence de cette sédation complète des phénomènes douloureux, l'état général semble lui aussi s'améliorer; en tout cas, la cachexie, si rapidement progressive, subit un temps d'arrêt très net.

Le drainage est supprimé au bout de quatorze jours; on place une sonde à demeure. La plaie à ce moment est bourgeonnante et de bon aspect.

Mais bientôt elle donne issue presque continuellement à un peu d'urine; la plus grande partie de ce liquide passe néanmoins par la sonde.

Au commencement d'août, l'affaiblissement reprend sa marche interrompue; puis des frissons surviennent avec des températures oscillant de 39° à 40°, et enfin le malade succombe le 1er septembre, avec des accidents urémiques dont l'autopsie va nous révéler la cause; mais il succombe sans douleurs, sans ténesme, sans hématuries.

Autopsie. — Quelques tubercules anciens disséminés aux deux sommets; congestion des deux bases.

Le rein gauche est bosselé, augmenté de volume, fluctuant; il est converti tout entier en une vaste poche purulente; on ne trouve plus trace de substance médullaire.

* *
*

Années.	Médecins en activité.	Démissions.	Retraites par anticipation.	Pharmaciens.
—	—	—	—	—
1861	886	10	3	170
1864	949	3	6	»
1867	988	11	3	»
1874	1.075	11	5	151
1877	1.185	19	2	»
1886	1.205	4	5	137
1887	1.221	10	13	»

Ce qui frappe à première vue dans ce Tableau, c'est le nombre élevé des Pharmaciens en jouissance d'emploi à la bonne époque de pharmacie 1861; il y avait alors beaucoup de laborieux de laboratoires (1 pour 5 médecins), bien rentés, avancés, décorés, et pour lesquels l'Intendance, grande maîtresse de l'Université médicale, se montrait plus particulièrement mielleuse et édulcorée.

Ce qui frappe aussi, c'est le nombre élevé des retraites par anticipation en 1887: *Treize*. Dont 9 à 30 ans de service.

Ce qui ne s'était jamais vu depuis qu'il existe une Médecine militaire.

Les causes de ce départ à 50 ans, quand on pouvait s'y laisser vivre jusqu'à 60, sont multiples: *l'aptitude*, le choix que diverses correspondances nous disent s'égarant sur tout le monde, grâce à la compétition de tout le monde, l'avancement Tonkinois, le séjour constant à Paris des mêmes Parisiens « de retour ».

Tout cela a désaffectionné ceux qui étaient capables de divorce.

* *
*

Quant aux *démissions*, elles ont augmenté certainement, mais dans une proportion peut-être moins forte qu'on ne le dit. Nous trouvons dans le tableau ci-dessus:

23 démissions pour 2.823 médecins, 1 par 111 avant 1870
44 — pour 4.686 — 1 par 106 après 1870

Ce n'est pas là, bien que l'argument ait de la portée, ce qu'il faut plaider pour gagner la bonne cause d'une création d'École du Service de santé. C'est bien plutôt l'esprit de corps de 4 promotions

Le rein droit présente trois cavernes du volume d'une noix, remplies d'une matière crétacée.

La vessie, remplie de pus, est ratatinée; ses parois sont considérablement épaissies. Muqueuse parsemée de granulations tuberculeuses et d'ulcérations superficielles.

Sur la face postérieure, colonne fibreuse saillante, recouverte dans une hauteur de 2 cent. de concrétions calcaires, fortement adhérentes au plan sous-jacent.

RÉFLEXIONS. — Le cas que nous venons de rapporter vient s'ajouter à la liste déjà longue des succès de la taille appliquée au traitement des cystites douloureuses. Le résultat fonctionnel a été parfait, et sans les lésions rénales préexistantes, nul donte que la vie du malade, si sérieusement compromise de par ses douleurs et ses hématuries persistantes, n'eût pu longtemps être prolongée.

L'opération, nous l'avons dit, était nettement indiquée par la répétition des hématuries et l'intensité des douleurs qui avaient résisté à l'administration des opiacés; nous étions en un mot en présence du *grand état douloureux*, qui, suivant Guyon, relève seul de l'intervention opératoire, état assez rare, du reste, puisque le chirurgien de Necker n'a eu que six fois l'occasion d'intervenir en de telles circonstances.

Le *diagnostic* n'a pas été sans présenter quelques incertitudes, et si l'état général, les antécédents, faisaient songer tout d'abord à la tuberculose vésicale, en revanche certains symptômes, tels que l'émission des graviers, l'exagération des douleurs et des hématuries pendant la marche, la sensation très nette et plusieurs fois perçue de frottement dur, permettaient bien de penser à la présence d'un calcul, et de fait, c'est là le diagnostic vers lequel on inclinait surtout, toutes réservee faites du reste. La recherche du bacille dans les urines, qui aurait certainement tranché la question, n'a pas été pratiquée. Pareille difficulté dans le diagnostic précis de la lésion vésicale, n'a pas lieu de nous étonner, et tout le monde sait que les premières vessies qu'on ait ouvertes, l'ont été à la suite d'une erreur de diagnostic

Des chirurgiens, qui s'appelaient Dupuytren, Roux, Desault, ont fait des tailles croyant à l'existence de calculs; ils n'ont pas trouvé de calculs, et néanmoins leurs malades ont été soulagés (Hartmann).

Enfin, nous rappellerons, en terminant, que le drainage de Demons, que M. Poncet a tenu à expérimenter chez son opéré, a fonctionné d'une façon parfaite. Tant qu'il est resté en place, pas une goutte d'urine n'est venue souiller la plaie. Voilà certes un résultat précieux, qui simplifie la taille suspubienne, en écartant les dangers de l'infiltration. Les deux gros tubes placés et maintenus soigneusement au fond de la vessie, suivant la pratique de Guyon et Périer, donnent du reste une sécurité égale; ils ont de plus l'avantage d'éviter l'uréthrite. Malgré ce dernier inconvenient, le procédé de Demons nous semble à retenir comme un mode excellent de drainage vésical aprée la taille hypogastrique.

Depuis que nous avons recueilli cette observation, M. Poncet a en plusieurs fois l'occasion d'employer après la taille suspubienne le drainage en anse. L'écoulement a parfois laissé à désirer, l'urine venant de temps à autre suinter par la plaie hypogastrique et imprégner les pièces du pansement. Chez les sujets d'un certain âge, et lorsque, par le fait de l'altération de l'urine, on peut plus particulièrement redouter l'infiltration, M. Poncet a maintenant recours à la suture des lèvres de la plaie vésicale avec les bords cutanés de l'incision abdominale. C'est alors, suivant lui, le meilleur moyen de se mettre à l'abri de la seule complication que l'on puisse vraiment redouter après la taille sus-pubienne.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR UN CAS D'HÉMATOME INTER-ARACHNOÏDIEN. — *Paralysie générale. — Mort dans une attaque congestive. — Deux volumineux hématomes inter-arachnoïdiens. — Déformation du cerveau par compression*, par le docteur MORDRET, médecin de l'Asile d'aliénés du Mans.

Boislève, Mathurin, est entré à l'asile le 1er juin 1887. C'est un homme âgé de 47 ans, de bonnes mœurs, ne buvant pas, marié; il est forgeron et bon ouvrier. Je n'ai pu relever chez lui aucune tare héréditaire.

Il y a quatre ans, cet homme eut un panaris sans causes connues; depuis cette époque, il n'a jamais été bien portant. Souvent il se plaignait de douleurs dans les jambes et bientôt il eut de la difficulté à parler. Depuis sept à huit mois surtout, il n'avait plus de conversation suivie et son état s'était encore empiré beaucoup deux mois avant son entrée à l'asile.

---

qui s'y connaîtraient : la tenue, la discipline facilitée, la sortie plus jeune du Val-de-Grâce, à 23 ou même 22 ans, au lieu de 25, ce qui assure un avenir meilleur.

L'argument de nos adversaires est l'immobilisation d'un gros personnel médical (direction répétitions et surveillance), mais surtout la vacuité du budget.

Sans doute, des villes s'offrent, mais ce n'est pas à l'étourdie.

Elles savent, après consultation du *Parfait notaire*, que c'est un placement de tout repos, qu'il y aura des « rentrées », ce qui ne peut se traduire que par des « sorties » pour les contribuables.

Et voici une ville nouvelle qui vient d'être férue pour la jeune Ecole de ces passions d'officier ministériel.

*
* *

C'est Toulouse.

Elle vient s'ajouter au flirtage de Bordeaux, Lyon, Marseille, Nancy, Montpellier qui — après de solides calculs en Commission municipale — se sont senties successivement « prises » pour la même dot.

Le Maire de Toulouse est venu à Paris en tenue de bean-père faire « la demande » au Ministre. Il a emporté de belles paroles, après en avoir improvisé lui-même de très belles préparées pendant le voyage, mais rien n'a été décidé.

Il faudrait agréer au moins l'une de ces passions réfléchies et que cette fiancée de tant de rois de Garbe ne vieillisse pas à l'état de « future » (1).

Comme l'infortunée *Unification des soldes*, qui doit toujours se faire *demain*.

Et que les journaux légitimement soucieux des réabonnements de l'Infanterie ont annoncée pour le 1er mai, pour le 1er juin, pour le 1er juillet, puis pour le 1er août — à l'aide d'informations toujours sûres.

(1) L'Ecole de service de santé vient d'être votée le 17 juillet, après de remarquables discours des docteurs Gadaud et Labrousse par 475 voix contre 37, une presque unanimité.

Mais la Ville n'est pas choisie et la compétition n'en demeure que plus chaude.

On a reproché à Bordeaux d'être excentrique, c'est là une sécurité défensive excellente tout au contraire; il ne faut pas oublier qu'il y a eu un *Gouvernement de Bordeaux*.

Le certificat d'admission était libellé ainsi qu'il suit :

« .... depuis deux ans symptômes d'ataxie locomotrice ; en même temps embarras de la parole, puis divagations, discours sans suite; a cependant conservé la mémoire et reconnaît les personnes; veut quitter son domicile, réclame de la lumière en plein jour ; se lève la nuit pour sortir..... » (Signé : docteur Angelo-Bolognesi, du Mans).

Lorsque j'examinai le malade pour la première fois, les signes de la paralysie générale confirmée étaient évidents. — Délire général, divagations constantes avec idées de satisfaction permanentes; il se dit très habile ouvrier, gagne 14 fr. par jour, appartient à une société qui a des millions, etc. — Les signes somatiques ne sont pas moins accusés. La démarche est tremblante, difficile; il y a de l'inégalité pupillaire, la parole est embarrassée au point que l'on comprend à peine ce qu'il dit ; l'état général est mauvais, etc..

Quinze jours plus tard, ces symptômes s'étaient fort aggravés. Le malade était devenu gâteux et avait pris le lit pour ne plus le quitter. — Il n'avait presque pas de repos, vociférait jour et nuit; il ne pouvait plus manger seul, mais avalait gloutonnement et sans les goûter les aliments qu'on lui présentait, de quelque nature qu'ils fussent. Il ne paraissait du reste éprouver ni le sentiment de la faim, ni celui de la satiété. Il était sans cesse agité dans son lit et, bien que ce lit fut à bateau, on était souvent obligé d'y attacher le malade pour l'empêcher de se projeter au dehors dans ses mouvements désordonnés.—Toutefois, quand sa femme venait le voir, il la reconnaissait encore un peu et demandait même quelquefois des nouvelles de ses enfants. Mais ces éclaircies étaient rares et de bien courte durée. A part cela, la mémoire était complètement abolie.

Le 15 octobre, au matin, B... fut pris d'une sorte d'attaque congestive. — Résolution complète des membres, perte de la sensibilité et de toute connaissance. — Il resta en cet état jusqu'au moment de sa mort, qui eut lieu le 18 à 5 heures du soir.

Autopsie. — Le cerveau seul a été examiné.

A l'incision de la dure-mère, il ne s'écoule point de liquide séreux. — On trouve de chaque côté du cerveau, à sa partie antérieure et se rejoignant presque en avant, deux poches ovoïdes, volumineuses, parfaitement symétriques comme situation, comme forme et comme dimension, formées par une membrane mince et transparente, remplies de sang noir liquide, mais contenant cependant quelques caillots très peu consistants. — L'une de ces poches, la droite, avait été ouverte largement en incisant la duremère et s'est entièrement vidée. J'ai pu cependant, en rassemblant les débris de la membrane, reconstituer cette poche en grande partie. — La seconde, la gauche, a pu être à peu près respectée. Elle présentait le volume et la forme d'un œuf d'oie très allongé, ayant sa grosse extrémité antérieurement. Cette poche a été incisée suivant son grand diamètre de manière à donner deux valves se réunissant en bas comme celles d'une coquille. Il s'en est échappé, comme de sa congénère, un sang noir, fluide, mêlé de quelques caillots très diffluents.

Le cerveau était fortement comprimé sur ses parties latéro-antérieures par ces deux poches, de sorte que le sommet des hémisphères, au lieu de présenter la forme obtuse qui lui est habituelle, était aminci et se terminait en pointe. Il avait par cela même un aspect pyriforme très prononcé, aspect qu'il a conservé, du reste, après avoir été retiré du crâne.

La membrane formant les deux poches était d'apparence séreuse et, comme je l'ai dit, mince, transparente, fort peu résistante. La partie interne était en contact avec l'arachnoïde viscérale et n'adhérait point avec elle, tandis que la partie externe en contact avec la dure-mère ou plutôt avec le feuillet pariétal de l'arachnoïde, lui adhérait faiblement, ce qui explique comment en incisant la dure-mère, on avait aussi incisé la poche dont on ne soupçonnait pas l'existence. En allant avec précaution, j'ai pu opérer le décollement des deux membranes, mais jusqu'à la base du crâne seulement. Là elles m'ont semblé avoir de chaque côté une insertion commune. Ainsi, ces deux poches étaient formées par une tunique propre et sans doute adventive qui semblait n'appartenir ni à la dure-mère ni à l'arachnoïde, mais qui avait l'aspect de cette dernière et qui se confondait avec elle à la base du crâne, sans qu'on put les séparer l'une de l'autre. — Il n'y avait du reste sur les méninges ni fausses membranes, ni plaques laiteuses, ni rien de semblable. Les deux feuillets de l'arachnoïde ne présentaient aucune altération. Ils étaient sur toute leur surface lisses et brillants.

Quant au cerveau, indépendamment de son aspect pyriforme si remarquable, il présentait certaines autres particularités intéressantes. — La scissure inter-hémisphérique incomplète et très peu profonde ne descendait pas jusque sur le corps calleux, qui par cela même ne paraissait pas exister. Les scissures de Sylvius étaient également très peu marquées et les substances des deux lobes adhéraient l'une à l'autre à ce point qu'on ne pouvait les séparer sans déchirure. Ces adhérences n'étaient évidemment que le résultat de la compression subie par le cerveau, une coupe transversale a permis de s'en assurer. Le corps calleux est alors apparu intact et bien conformé.

Enfin, les méninges étaient très adhérentes au cerveau, quoique ayant gardé toute leur transparence et n'étant point épaissies. Les petits lambeaux qu'on parvenait à arracher n'emportaient point avec eux de houppes de substance grise, comme cela se produit

---

Comme pour souligner que le mot Calendrier vient de Calendes grecques.

***

Il semble que le Ministre se refuse à cette idée qu'un ingénieur et un docteur sont de préparation primaire et que les Ecoles de Fontainebleau ou du Val-de-Grâce soutiennent des sièges moins pressants que d'autres centres « d'Instruction ».

C'est peut-être affaire d'origine de petite église

Et, comme le disent les journaux qui visent les renouvellements « de particularisme » :

Il est exact que « le ballottage » dure un peu.

Mais, à côté de ces atermoiements, il est juste de constater des progrès réels. C'est une victoire non pareille que d'avoir vu nos bons camarades de Réserve et de l'Armée territoriale figurer au stage en aussi grand nombre que les officiers de bouche de l'Intendance et ceux des divers services administratifs d'alimentation.

Jusqu'ici, ces agents nutritifs, auxquels on refusait l'assimilation, étaient appelés et élus en solde infiniment plus que les docteurs.

Encore le Tonkin et l'Annam vont faire retour à la Marine, qui en automne bénéficiera de la remarquable organisation créée là-bas, à ce qu'on nous affirme, et nous y donnons pleine créance l'en sachant bien capable, par le Directeur Dujardin-Beaumetz.

Nul doute que les médecins de l'Armée de mer ne continuent, en ce fief distrait naguère de leurs apanages, les traditions de dévouement et de savoir qui leur sont coutumières (1).

Pour les hôpitaux et régiments, cela permettra la rentrée en doublure de pas mal de médecins-majors et aides-majors, de ces derniers surtout, dont on chômait en tous les postes.

Il sera désormais loisible de prendre une permission, — quoique médecin.

Dr A. Chassagne.

(1) Il serait urgent pour la Marine de revenir à l'organisation de 1885. Il y a eu, nous écrit-on, 151 demandes de démission en moins de 2 ans; c'est encore là le résultat d'un nivellement contre nature à l'abolition partielle des avantages du concours professoral et de ce *Tout au mérite* qui était naguère la devise enviée de nos confrères.

d'ordinaire dans les paralysies générales. — Depuis que ce cerveau a été mis en macération dans un bain de glycérine et de chlorure de zinc, les membranes se détachent avec moins de difficulté.

An point de vue clinique, il est à remarquer que chez un homme bien portant jusque-là, les premiers symptômes d'une maladie grave se sont manifestés à la suite d'un panaris. Faut-il ne voir là qu'une coïncidence, ou convient-il d'admettre que cette dernière affection, d'ordinaire toute locale, a retenti sur la santé générale de B... et qu'elle a porté une atteinte profonde à sa constitution? Toujours est-il qu'il est constant que la santé de cet homme a éprouvé à la suite d'une affection généralement bénigne, un ébranlement qui a persisté.

C'est l'élément nerveux qui semble avoir été surtout atteint. Il y eut d'abord des douleurs vagues dans les jambes; puis quelques mois après la démarche devint chancelante. Plus tard, il survint de la difficulté à parler et en dernier lieu seulement, se manifestèrent les troubles intellectuels. Ainsi, le mal semble avoir eu une origine périphérique et avoir gagné des extrémités au centre. — Les symptômes psychiques faisant entièrement défaut au début, le premier diagnostic porté fut celui d'ataxie locomotrice. Quand le malade fut amené à l'asile, ce diagnostic dut être rectifié, car à l'incertitude de la démarche, au tremblement des membres, à l'embarras déjà très prononcé de la parole, il se joignait un délire typique. Incohérence avec prédominance d'idées de satisfaction, de capacité, de richesse, etc. Tout cet ensemble ne pouvait faire diagnostiquer qu'une paralysie générale déjà avancée.

Il y avait certainement lieu de croire, vu la netteté de tous les symptômes observés, que l'autopsie justifierait pleinement le diagnostic et qu'on trouverait bien développées les lésions caractéristiques de la paralysie générale, telles que: exsudats, plaques pseudo-membraneuses, injection des méninges, adhérences de la pie-mère à la substance grise, ramollissement de celle-ci, etc. Rien de tout cela n'existait, si ce n'est, il est vrai, une adhérence assez intime de la pie-mère; mais quand on essayait de la rompre, les houppes de substance nerveuse ne suivaient point l'arrachement des membranes, et les petits fragments de celles-ci qu'on détachait avaient conservé leur transparence et leur épaisseur normales. La lésion la plus saillante, pour ne pas dire la seule, était assurément l'existence des deux hématomes. Ceux-ci ne doivent peut-être être considérés que comme des kystes arachnoïdiens; mais, bien que ces kystes ne soient point absolument rares dans la paralysie générale, ils ne sont pas une des lésions caractéristiques de cette affection. Ce cas s'ajoute donc à ceux, assez fréquents d'ailleurs, où l'on observe tous les signes cliniques de la paralysie générale, sans que l'autopsie vienne confirmer d'une manière certaine le diagnostic porté.

Comment ont pu se former ces deux hématomes, si volumineux, si parfaitement symétriques? La première pensée qui se présente à l'esprit est celle que je viens d'exprimer; c'est que ce sont deux de ces kystes arachnoïdiens qui sont une des lésions secondaires de la paralysie générale. Ils ont été bien étudiés par Marcé, et ceux qui en ont parlé depuis, ont à peu près reproduit ses idées. On se rappelle qu'il les considère comme pouvant présenter deux modes principaux de formation. « Tantôt, dit-il, ils sont formés par un épanchement sanguin qui, s'étant produit dans la cavité arachnoïdienne, détermine une inflammation de la séreuse au niveau des points avec lesquels elle est en contact; la lymphe plastique s'organise autour du caillot et lui forme son enveloppe kystique, qui peut acquérir à la longue de la consistance et de l'épaisseur. Tantôt, au contraire, le sang, en s'épanchant, décolle une néo-membrane appliquée sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde; une nouvelle lame membraneuse se forme à la partie supérieure de l'épanchement sanguin et complète l'enveloppe. » (*Traité des maladies mentales*, p. 469).

Ni l'un ni l'autre de ces deux modes de formation ne me paraît convenir bien exactement au cas présent. Le premier suppose l'existence d'un caillot déjà organisé entre les deux feuillets de la séreuse, lequel se recouvre d'une fausse membrane. Or, ce caillot n'existait pas, et l'on comprend difficilement qu'une fausse membrane puisse se former autour d'une masse de sang liquide qui n'a tendance qu'à s'étendre. Ici, la membrane d'enveloppe a dû préexister à l'épanchement sanguin qui n'a pu se faire que dans sa cavité. Le second mode de formation ne paraît guère plus probable, puisqu'il suppose l'existence préalable d'une néo-membrane sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, pseudo-membrane qui se trouve décollée par l'épanchement de sang ou dans l'épaisseur de laquelle il se fait. Comme il n'existait aucune plaque laiteuse, aucune néo-membrane en aucun autre point de la séreuse, ce mécanisme ne paraît pas devoir être le véritable. D'ailleurs, si l'on tient compte de la ténuité de la membrane enveloppante, de son apparence franchement séreuse, de son adhérence très grande à la base du crâne, où elle se confond avec le feuillet arachnoïdien, de la symétrie parfaite des deux tumeurs, de leur volume considérable, de la fluidité du sang épanché qui présentait à peine quelques caillots mal formés et qu'on peut supposer s'être faits *post mortem*, vu leur peu de cohésion, on a peine à admettre que ces hématomes puissent être le résultat d'une exsudation sanguine dans une fausse membrane.

Ces poches, en raison de leur apparence séreuse, semblaient au premier aspect formées par le feuillet pariétal même de l'arachnoïde. On conçoit, en effet, que sous l'action d'une cause pathologique, ce feuillet un peu épaissi ait perdu une partie de son adhérence normale à la dure-mère, ce qui aurait permis son décollement dans une assez grande étendue, et que du sang se soit épanché entre les deux membranes. Mais, en examinant de plus près, il faut encore renoncer à cette hypothèse. Si tel eût été le mode de formation de ces deux hématomes, ils n'eussent pas été contenus dans une poche tapissant la dure-mère par son côté externe et pouvant s'en détacher dans presque toute son étendue. Il est à remarquer aussi que la dure-mère présentait après le décollement de la poche son aspect nacré normal; elle était donc, à cet endroit comme ailleurs, revêtue de son feuillet séreux.

Une autre hypothèse dérivée de la précédente est possible, et bien qu'elle ne me présente pas toutes les garanties d'exactitude désirables, c'est encore celle qui me paraît en offrir le plus. Il se peut qu'une petite hémorrhagie interstitielle se soit produite à la base du crâne entre la dure-mère et son feuillet séreux. Cela n'est du reste pas rare dans la paralysie générale, et c'est à de petites hémorrhagies de cette nature que l'on attribue la coloration rougeâtre que les fausses membranes présentent parfois. Un très petit décollement des deux membranes se serait alors formé, mais il n'a pu s'augmenter beaucoup à cause de leur adhérence très intime. Le molimen hémorrhagique se continuant, le sang n'a pu s'épancher qu'en faisant céder devant la poussée le point le moins résistant. La

dure-mère, appnyée antérieurement sur la boîte crânienne, ne ponvait se prêter à aucune extension. La séreuse, au contraire, étant en contact avec le cerveau, organe facilement dépressible, a dû subir tout l'effort. Mais comme cette membrane est pen résistante et pen extensible, elle n'eut pas tardé à se rompre, si elle n'ent été soutenue de tontes parts par le cerveau, qui ne cédait qne lentement à la pression. Il a dû, sous ces influences, se faire dans la membrane un travail de prolifération, celle-ci ne ponvant ni se rompre, ni se distendre, sans l'apport de nonveaux éléments; elle les a produit, et le volume de la poche s'est augmenté peu à pen, en comprimant de plus en plus le cervean qui s'est tronvé forcé de prendre la forme côuique que l'on sait. L'épanchement de sang s'est ainsi tronvé tonjours enfermé dans un prolongement de la séreuse, dans un diverticulum qui s'aggrandissait suivant le besoin. Ce mécanisme explique assez bien comment les hématomes étaient contenus dans une enveloppe séreuse qui n'avait contracté que d'assez faibles adhérences du côté de la dure-mère et qui n'en avait aucune du côté du cervean. Il explique comment les poches, divisées suivant leur longueur, ont donné lieu à deux valves se réunissant à la base du crâne où leur insertion se confondait avec celle de la dure-mère. Il explique aussi comment le cerveau, ayant subi une compression lente et progressive, s'est pen à peu déformé et a présenté des altérations dont le développement des troubles intellectuels a probablement été la conséquence et dont ils ont en tout cas suivi la progression.

Mais il faut faire une supposition de plus pour comprendre l'existence des deux hématomes et leur symétrie parfaite de chaque côté du cerveau. Je ne vois d'autre explication à donner de ce fait que d'admettre que le molimen hémorrhagique, ayant été soit le résultat d'une suractivité probablement assez légère de la circulation méningienne, soit celui d'une altération graisseuse ou athéromateuse de quelques capillaires, a dû se produire surtout à la base du crâne, là où le réseau vasculaire est plus abondant; que si deux points symétriques se sont trouvés simultanément affectés, c'est parce que, en raison même de leur symétrie, ces deux points appartenant à des territoires ayant même constitution anatomique, se sont trouvés dans des conditions plus analogues pour subir une même influence morbide. Il me paraît difficile d'admettre que ces deux hématomes aient été de véritables anévrysmes, opinion formulée par mon excellent confrère, le docteur Dewastines, qui a examiné la pièce anatomique. Dans ce cas, en effet, il y ent eu rupture de deux vaisseaux relativement, d'assez gros diamètre et placés symétriquement de chaque côté de la base crâuienne. D'une part, les vaisseaux qui rampent dans cette portion de la dure-mère, bien que nombreux, sont pen volumineux, et en admettant la simple rupture de l'un d'eux, un caillot n'ent sans donte guère tardé à en obstruer la lumière et l'hémorrhagie se fut arrêtée bien avant qu'une poche anévrismale aussi volumineuse eut pu se constituer. D'autre part, une rupture vasculaire se faisant de la sorte symétriquement, des deux côtés, serait un fait plus extraordinaire encore que celui d'une hémorrhagie due à une altération des capillaires. Cette altération pouvant être le résultat d'un processus pathologique plus généralisé, on conçoit jusqu'à un certain point que des parties symétriques, et assez peu distantes d'ailleurs les unes des autres, en aient subi l'influence. Mon interne, le docteur Aubry, m'a toutefois soumis à ce sujet une opinion qui me paraît avoir sa valeur et que je veux faire connaître. Il compare ces deux tumeurs sanguines aux hématomes des oreilles, affection assez fréquente chez les aliénés, et voit dans leur symétrie la même loi, loi inconnne du reste, que celle qui préside à la formation des hématomes doubles des oreilles. Il se pourrait, en effet, que ces tumeurs se fussent développées en vertu du processus qui détermine les hématomes auriculaires. Mais quel est ce processus? Sans donte, il doit avoir son point de départ dans un embarras de la circulation; mais pourquoi cet embarras se traduit-il plus souvent par un épanchement de sang dans le cartilage de l'une ou des deux oreilles que dans une autre région, et pourquoi, dans le cas présent, aurait-il donné lieu à deux tumeurs intra-arachnoïdiennes plutôt qu'à deux tumeurs auriculaires? Ce sont évidemment là autant d'inconnues.

La fluidité du sang épanché, le pen d'organisation des caillots, l'absence de sérosité dans les poches, ne permettent pas de supposer à ces hématomes une date très ancienne. D'un autre côté, la déformation du cerveau et les lésions qu'il présentait, laisseraient croire à une compression lente et prolongée. Toujours est-il que le début de la lésion ne peut remonter à plus de quelques mois, qu'il doit être tout au plus de même époque que les premiers troubles cérébraux. Ceux-ci n'étant pas venu brusquement, mais ayant marché progressivement, pourraient bien avoir suivi le développement des tumeurs, c'est-à-dire celui de la compression du cerveau.

Quelque opinion qu'on se fasse de la lésion que je viens de décrire, toujours est-il qu'elle constitue un fait rare et même sans analogue pour moi. C'est ce qui m'a engagé à le faire connaître et à le présenter avec quelques détails.

THÉRAPEUTIQUE

A PROPOS DE L'ACTION SOMNIFÈRE DE L'HYOSCINE, par E. GLEY et P. RONDEAU.

Dans une intéressante et précise étude de thérapeutique clinique sur *l'emploi de l'hyosciamine comme hypnotique*, que vient de publier la GAZETTE MÉDICALE (nos 28 et 29, 14 et 21 juillet 1888), M. G. Lemoine a eu l'occasion de citer incidemment les recherches du professeur Kobert, de Dorpat, et celles de plusieurs aliénistes allemands sur l'action hypnotique d'un autre alcaloïde isomère, comme l'hyosciamine, de l'atropine, l'hyoscine (n° 29, p. 341).

Cette dernière substance possède en effet un réel pouvoir somnifère, comme l'ont montré les expériences que nous avons faites sur les animaux. Nos recherches nous ont conduits à la détermination suivante des effets principaux de l'hyoscine (expériences sur le lapin et sur le chien) : 1° la dilatation pupillaire; 2° la paralysie des nerfs, l'arrêt du cœur; 3° la suppression de la sécrétion salivaire et la paralysie de la corde du tympan en tant que nerf excito-sécréteur; 4° le *sommeil*, auquel succède, à certaines doses de la substance, une grande agitation musculaire. Les trois premiers de ces effets, action sur la pupille, sur le pneumogastrique et sur la corde du tympan, rapprochent tout à fait, on le remarquera, l'hyoscine de l'atropine (1).

(1) A ce même point de vue de la toxicologie générale, nous avions commencé l'étude de l'action physiologique de l'hyosciamine cristallisée; nos recherches, interrompues, n'ont pas encore été reprises.

Les résultats essentiels de ces recherches ont été publiées dans deux notes des COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (séance du 29 janvier et séance du 19 mars 1887, p. 56 et p. 163). De son côté, Kobert était arrivé aux mêmes résultats et publiait dans les ARCHIV. FÜR EXPER. PATHOL. (mars 1887), un travail étendu, détaillé, et très soigné.

En France, MM. Combemale et Mairet (de Montpellier), ont aussi déterminé expérimentalement quelques-uns des effets de l'hyoscine, la dilatation pupillaire, l'agitation musculaire et le sommeil (Voy. COMPTES RENDUS DE LA SOC. DE BIOL., séance du 23 avril 1887, p. 249). — Il ne serait donc pas exact, croyons-nous, d'attribuer à Kobert la découverte exclusive de l'action somnifère de l'hyoscine.

Nous regrettons cependant de n'avoir pas été à même d'essayer cliniquement cette action, d'autant plus que nous l'avions vue très efficace sur un chien choréique, dont l'agitation s'était entièrement calmée, en même temps que survenait le sommeil sous l'influence d'une injection sous cutanée de 0gr.01 d'hyoscine. Nous ne pouvons que souhaiter que M. G. Lemoine veuille bien entreprendre quelques recherches, à ce point de vue, avec l'hyoscine; et nous avons tout lieu de penser que celles-ci n'offriraient pas un intérêt moindre que celles qu'il vient de publier.

REVUE D'HYGIÈNE

I. DE LA DÉSINFECTION DES MURS. — II. ASSAINISSEMENT DES HABITATIONS PAR LA DÉSINFECTION DE L'ENTREVOUS. — III. SUR L'AÉRATION DES LOCAUX SCOLAIRES PAR LE VERRE PERFORÉ.

I. D'après E. Esmarch (1), quand on lave les murs an moyen d'une solution désinfectante, la nature et la concentration du liquide importent peu; que l'on fasse usage d'une solution de phénol à 2 ou 5 0/0 ou d'une solution de sublimé à un millième, le résultat est au fond à peu près identique; il semble que ce soit l'enlèvement mécanique des germes qui ait ici le rôle essentiel; et, en effet, il suffit de frotter simplement les parois au moyen d'éponges humides stérilisées par la vapeur pour que le plus grand nombre des bactériens soient déjà entraînés du premier coup. Malheureusement, l'on n'obtient que rarement la désinfection complète par un seul lavage; en général, même un second n'est pas suivi d'un effet absolument satisfaisant: la stérilisation parfaite n'est réalisée que dans la moitié des cas; quelques germes se développent encore dans l'autre moitié.

La désinfection par le spray (1 p. 1000 de sublimé, 5 0/0 d'acide phénique), recommandée par Guttmann et Merke et poussée jusqu'à imbibition complète du papier, donne à peu près les mêmes résultats, c'est-à-dire que le chiffre des micro-organismes subit une réduction notable, mais que la stérilisation absolue ne s'obtient que dans quelques cas. Lorsque les murs sont très chargés de bactéries, le spray paraît supérieur au lavage qui enlève les germes mécaniquement, tandis que le spray les tue sur place, l'acide phénique ou le sublimé exerçant ici leur action chimique.

Une méthode très simple que l'on emploie depuis longtemps déjà pour le nettoyage des murs et qui a été prescrite récemment par la police de Berlin pour la désinfection des habitations où des cas de maladies contagieuses ont été observés, c'est le nettoyage à la mie de pain. Les essais de M. Esmarch démontrent que cette pratique donne des résultats supérieurs à ceux des autres méthodes, qu'elle permet d'enlever beaucoup plus complètement les germes déposés à la surface des parois, sans que l'aspect de celles-ci soit en rien altéré. De plus, les locaux désinfectés peuvent être réoccupés immédiatement, ce qui n'est pas précisément le cas lorsqu'on emploie le sublimé. On placera en seconde ligne les liquides désinfectants sous forme de lavages ou de pulvérisations, ces deux procédés ayant pour ainsi dire la même valeur. Quant au choix du désinfectant, l'auteur est d'avis que le phénol et le sublimé employés en lavages rendront les mêmes services et que l'on pourrait même employer des solutions moins concentrées que celles dont il a fait usage, l'entraînement mécanique des micro-organismes étant ici le point essentiel. Si l'on a recours au spray, le phénol ne le céderait pas au sublimé qui, à la dose de 1 p. 1000, ne disparaît que très lentement des papiers de tenture (après vingt-sept jours); on n'en retrouve plus de trace, il est vrai, si l'on pulvérise une solution de carbonate sodique à 1 0/0 qui le transforme en oxychlorure de mercure; mais on ne doit pas perdre de vue que ce précipité se redissout très facilement et complètement dans l'acide chlorhydrique et dans le chlorure sodique, que cette solution peut s'opérer dans l'estomac qui contient de l'acide chlorhydrique libre en quantité suffisante, et que le danger d'une intoxication mercurielle n'est donc nullement écarté pour les personnes qui occuperont ultérieurement la chambre. Quant au frottage à la mie de pain, l'auteur, tout en reconnaissant qu'il coûterait environ cinq fois plus cher que les autres procédés, estime que ce surcroît de dépense serait compensé par la marche plus rapide de l'opération.

II. Le général Loyre a proposé (1) un nouveau mode de remplissage de l'entrevous, qui se prêterait à une désinfection facile. On sait le rôle important qui a été attribué depuis ces derniers temps à ce sous-sol des planchers, dans l'hygiène de l'habitation. Au lieu de ces matériaux assez lourds qui ont pour but d'éviter la trop grande sonorité des parquets, il suffirait d'employer des copeaux de menuisier ayant trempé dans un baquet contenant un lait de chaux assez épais, et qu'on a ensuite fait sécher. Ces copeaux, bien tassés dans les vides, empêchent parfaitement la propagation du son. Il est constaté qu'ils sont rendus incombustibles; les chances d'incendie sont donc diminuées par leur emploi. En ayant soin d'ajouter, par hectolitre de lait de chaux, 1 kilogramme de chlorure de zinc, on réalise encore un double avantage: 1o D'empêcher les rongeurs de se loger dans les intervalles entre les plafonds et les planchers; 2o de détruire les ferments contenus dans les liquides qui filtreraient dans les fissures des planchers, le chlorure de zinc étant un désinfectant énergique; c'est donc un moyen de diminuer l'infection des chambres.

III. Au mois de novembre 1885, M. Etienne Wallon (2) fut invité à donner son avis sur des essais d'application des car-

(1) ZEITSCHR. F. HYG. Bd II, Heft 3, et MOUVEMENT HYGIÉNIQUE, 1888, p. 30-33.

(1) REVUE DU GÉNIE MILITAIRE, et ARCHIVES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (1888, p. 172).

(2) REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE du 20 décembre 1887, p. 1,037 et suivantes.

reaux perforés à l'aération d'une salle de classe du lycée Janson de Sailly. Il n'était question d'étudier alors que les courants produits dans l'air de la classe par ce nouveau système de ventilation. Pendant tout le temps que durèrent ces recherches, le temps fut mauvais, le vent fort, la température basse, et il existait des courants d'air pénibles pour les élèves et dont il n'était pas possible de se garantir. Des expériences semblables étaient faites en même temps au lycée Louis-le-Grand par M. Foussereau; elles donnèrent les mêmes résultats et, à la suite des rapports faits à ce sujet, l'Académie de Paris renonça à étendre l'application du procédé nouveau. M. Emile Trélat qui en était le promoteur, et avec lui la commission des bâtiments scolaires, demanda que les expériences fussent reprises sur une période plus longue, concédant d'ailleurs immédiatement la nécessité d'adjoindre aux carreaux perforés des fermetures mobiles en verre plein. Une Commission fut nommée, qui décida que les essais auraient lieu au lycée Janson et qu'ils porteraient à la fois sur le régime des courants d'air et sur la richesse de l'air en acide carbonique.

M. Wallon, chargé de ces nouvelles expériences, a constaté que la ventilation par les vitres perforées est satisfaisante quand le temps n'est pas trop mauvais; en hiver, elle devient un peu vive, et beaucoup trop quand le vent est fort en même temps que la température est basse; il est alors nécessaire de masquer complètement les orifices au moyen d'impostes mobiles en verre plein.

Au point de vue de l'élimination de l'acide carbonique, le système nouveau est très comparable au système ancien qui, d'ailleurs, paraît devoir être plus avantageux si la durée d'occupation de la salle dépasse deux heures.

D'autre part, M. Wallon fait observer que lorsque les courants d'air que produisent les vitres perforées, devenant pénibles, il faudra en venir à masquer ces vitres, cela nécessitera au moins dans les salles de classe l'existence d'un autre mode de ventilation pouvant fonctionner par tous les temps et auquel s'adjoindra le nouveau système quand les conditions atmosphériques le permettront. En employant pour la marche permanente les gaines d'évacuation, on obtiendra ainsi une aération très satisfaisante. Enfin l'existence de tuyaux de chauffage au-dessous des ouvertures munies de vitres perforées permettra de les utiliser beaucoup plus souvent. Le fonctionnement des appareils de chauffage devra donc jouer un grand rôle dans la ventilation par les vitres perforée.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'étude des tumeurs kystiques.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. Sur les kystes urinaires du scrotum, par le docteur Karewski (*Centralblatt für Chirurgie*, 1887, n° 32, p. 585). — V. Sur les kystes de l'intestin (enterokystomes) ayant occasionné une occlusion intestinale complète, par le docteur A. Buchwald (*Deutsche Medic. Wochenschrift*, 1887, n° 40, p. 868). — VI. Un cas de lymphangiome congénital kystique du cou, par le docteur Sœderbaum (*Eira*, 1887, no 16, en langue suédoise). Analysé in: *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 6, p. 116. — VII. Sur la formation de kystes dans la conque de l'oreille. Nouvelles observations, par le docteur A. Hartmann (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, t. XVIII, p. 42, 1888). — VIII. Kystes épidermiques des doigts, par le docteur J.-L. Reverdin (*Revue de la Suisse romande*, mars et avril, 1887).

IV. M. Karewski a donné des soins à un sujet affecté d'une tumeur du scrotum, laquelle avait à première vue l'aspect d'une hydrocèle. Cette tumeur avait le volume d'un poing d'adulte. Une pression exercée à son niveau avait pour effet de faire sourdre par le méat, des gouttelettes d'une urine limpide, neutre. La tumeur était reliée par une bride à la portion prostatique de l'urèthre. Trois années auparavant, le sujet avait eu un abcès à l'anus. Il en était résulté une cicatrice, qu'une seconde bride reliait à la tumeur scrotale. Celle-ci n'adhérait ni aux téguments, ni au cordon spermatique, ni aux testicules.

Il s'agissait en somme d'un de ces kystes urinaires qui se forment à la suite d'un abcès péri-urétbral, lorsque après évacuation du foyer, le pus est remplacé par l'urine. L'auteur a émis quelques considérations sur la pathogénie de ces kystes. Pour ce qui est du traitement, il ne saurait être question, en pareils cas, que d'une intervention opératoire. Mais, étant donné la facilité avec laquelle prennent naissance des fistules urinaires, il y aurait lieu, à l'idée de M. Karewski, de poursuivre préalablement l'oblitération du sac, au moyen des antiseptiques irritants, lorsque toutefois il n'existe pas une large communication entre le kyste et l'urèthre. Ce précepte a été mis en pratique chez le malade de M. Karewski, et les choses étaient en bonne voie au moment où l'observation a été livrée à la publicité.

V. Un garçon âgé de six ans, bien portant jusqu'alors, avait été pris de vomissements, sans cause apparente. La veille, il avait encore été à la garde-robe. Trois jours après, on était en présence du tableau complet d'une occlusion intestinale. Une laparotomie fut décidée et pratiquée par le chirurgien Jaenicke. Une fois les téguments abdominaux incisés, une tumeur kystique, adhérente à une anse d'intestin, vint faire saillie à travers l'ouverture. La portion correspondante de l'intestin fut réséquée sur une longueur de 9 centimètres; en même temps on procéda à l'extirpation du kyste. Malgré plusieurs évacuations alvines spontanées, le météorisme ne diminua pas. L'enfant succomba vingt-quatre heures après l'opération.

L'autopsie fit voir que le kyste avait déterminé un étranglement du jujunum, à 50 centimètres au-dessous du duodénum. Il n'y avait pas trace d'une péritonite. L'un des renflements kystiques avait un diamètre de 17 centimètres, et l'autre un diamètre de 11 centimètres. Ils communiquaient entre eux et avec l'intestin par une fente. M. Buchwald pense que la tumeur s'était formée à la faveur d'une dépression de la paroi intestinale amincie. Le contenu de la tumeur était un liquide jaunâtre, dégageant une forte odeur d'acétone. A l'aide du microscope, on pouvait constater la présence dans ce liquide de cellules cylindriques en voie de dégénérescence graisseuse, des tablettes de cholestérine, des boules de leucine, des gouttelettes de graisse et des bactéries en forme de bâtonnets. De parcelles alimentaires, point.

L'auteur s'est attaché à démontrer qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un kyste vrai, ayant eu son point de départ sur l'intestin

et n'ayant rien de commun avec les kystes du canal omphalo-mésentérique.

VI. Le sujet de l'observation de M. SŒNERBAUM, une petite fille de 4 ans, portait au cou une tumeur qui s'étendait depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule; par la palpation, on pouvait l'atteindre dans l'espace compris entre le sterno-cléido-mastoïdien et le bord antérieur du trapèze. Par la compression, on réduisait le volume de la tumeur; au contraire, celle-ci paraissait augmenter de volume, quand le sujet poussait des cris. On devait se demander dès lors, fait remarquer l'auteur, si on n'avait pas affaire à un angiome en communication avec un vaisseau. Une opération fut décidée : On incisa les téguments le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et on tomba sur un kyste à ramifications multiples, qui s'étendait dans la profondeur jusqu'aux apophyses épineuses de la colonne vertébrale, à l'épine de l'omoplate et au-dessous de la clavicule.

L'énucléation de la tumeur se fit sans grande difficulté, et en majeure partie avec un instrument mousse. Vingt jours après l'opération, l'enfant était complètement rétabli. La préparation ayant été égarée, n'a pu faire l'objet d'un examen microscopique.

VII. Dans une précédente publication, M. HARTMANN, en se basant sur des faits cliniques, les uns empruntés à d'autres auteurs, les autres tirés de son observation personnelle, avait soutenu que souvent on avait décrit sous le nom d'hématomes de la conque de l'oreille, des tumeurs qui, en réalité, ne contenaient pas de sang et n'étaient autres que de simples kystes. M. Hartmann vient de publier quatre nouvelles observations qui confirment cette manière de voir ; elles concernent, toutes les quatre, des sujets bien portants, d'âge moyen, ne présentant aucune trace de troubles psychiques. Les tumeurs de la conque s'étaient développées en dehors de toute intervention du traumatisme. Elles ont été incisées peu de temps (en moyenne quinze jours) après leur apparition; il n'en est jamais sorti qu'un liquide limpide, légèrement jaunâtre. Dans aucun de ces quatre cas, on n'a pu mettre au jour des matières colorées en rouge ou en noir, des caillots de fibrine ou quoi que ce soit pouvant être considéré comme le résidu d'une hémorrhagie antécédente. Les phénomènes inflammatoires ont fait complètement défaut dans les quatre cas, preuve que ces tumeurs kystiques ne procédaient pas d'une périchondrite. Le contenu des tumeurs ne tenait pas de microcoques en suspension.

VIII. M. REVERDIN a entrepris une étude d'ensemble sur les kystes épidermiques des doigts, basée sur l'analyse de 32 observations de ce genre de tumeurs, dont deux inédites. Voici les principales données qui se dégagent de cette intéressante étude :

Le développement des kystes épidermiques des doigts est le plus souvent rapporté par les intéressés à un traumatisme, notamment à quelque blessure par instrument piquant, rapidement cicatrisée. La tumeur se développe lentement et progressivement ; elle est souvent prise pour un ganglion ou pour quelque autre néoplasme développé aux dépens d'une synoviale. Tantôt elle est le siège d'une fluctuation bien nette, tantôt elle est plus ou moins élastique. Au début, elle est tout à fait indolente. Plus tard, elle peut être envahie par une inflammation et suppurer, pour s'ouvrir au dehors. Au point de vue de leur structure, ces kystes doivent être distingués en deux formes : Les uns, de structure exclusivement épidermoïdale, sont comparables aux kystes dermoïdes; les autres, formés par un stroma conjonctif que tapissent une ou plusieurs couches de cellules épithéliales aplaties, se rapprochent davantage des athérômes. Le traitement se réduit à l'intervention opératoire : extirpation totale du kyste.

Ces kystes ne se rencontrent jamais dans le jeune âge ; on ne saurait dès lors leur attribuer une origine congénitale.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

DE LA RAGE PARALYTIQUE, par A. YGOUF. Thèse de Paris, 1887.

On a présentes à la mémoire les discussions orageuses que les inoculations anti-rabiques ont soulevées à l'Académie de médecine, et l'on se souvient que M. Péter, se basant sur l'apparition d'un certain nombre de cas de rage paralytique, consécutifs à ces mêmes inoculations, n'a pas hésité à les accuser d'avoir provoqué la maladie. Pour lui, les cas observés étaient des cas de rage expérimentale, de rage canino-lapine, de rage postorienne, poussant si loin l'accusation qu'il méconnaissait du coup les formes diverses sous lesquelles l'affection peut se manifester. Les travaux de M. Pasteur nous avaient cependant appris que la maladie est extrêmement variable dans sa manière d'être, qu'il n'y a pas de virus propre à la rage furieuse et de virus spécial à la rage paralytique, que le même, inoculé à un animal, produit tantôt l'une, tantôt l'autre, et qu'en tous cas la rage paralytique n'est pas particulière au lapin. On l'a depuis longtemps observé chez le chien, chez le cheval, chez les grands et les petits ruminants, chez le porc, chez les volailles et chez l'homme, ainsi qu'il résulte de très nombreuses observations rapportées par l'auteur. Et l'on ne peut accuser ici les inoculations, puisque certaines d'entre elles ont été puisées dans les écrits du XVII^{e} et du XVIII^{e} siècle.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

LA TUBERCULOSE — *Congrès d'étude.* — Mercredi, à 3 heures, a eu lieu la séance d'inauguration du Congrès réuni dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine pour l'étude de la tuberculose.

Dès 9 heures, les membres du Congrès avaient tenu une séance préliminaire dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Ils avaient discuté les statuts et nommé le bureau définitif.

On sait que l'idée de cette assemblée est due à M. le professeur Verneuil, et qu'elle a pour but de déterminer, dans la mesure du possible, par une étude de pathologie comparée établie sur l'homme et sur les animaux domestiques, l'origine, les conditions de développement, la marche de la tuberculose.

Cette étude doit naturellement conduire à la connaissance des moyens thérapeutiques rationnels les plus propres à combattre ou même à détruire le fléau.

M. le professeur Chauveau, président du Comité d'organisation, a prononcé le discours d'ouverture ; il a mis en relief le caractère

tout spécial de ce Congrès, qui se distingue de toutes les autres réunions médicales par son origine, par sa composition, et tracé d'une magistrale façon l'historique de la contagiosité de la tuberculose.

Après M. Chauveau, M. le professeur Verneuil a prononcé une allocution dont voici les parties principales :

« Vous entrez donc dans une voie nouvelle, et comme vous allez bientôt vous apercevoir, non seulement qu'une session ne saurait épuiser l'étude de la tuberculose, mais qu'à peine vous en pourrez tracer le programme complet, vous allez certainement prendre un rendez-vous nouveau pour poursuivre et, si la chose est possible, achever votre tâche.

« Si par bonheur la question de la tuberculose était vite résolue, vous mettriez à votre ordre du jour d'autres problèmes d'une égale importance, la diphtérie, les septicémies, le parasitisme, le tétanos, la morve, etc. Qui sait même si quelque jour — tant est grande la solidarité entre tous les êtres qui vivent — nous n'appellerons pas à notre aide, dans nos grands débats de pathologie animale, les botanistes qui décrivent une pathologie végétale.

« Mais s'il est vrai que l'innovation inaugurée en ce jour présente un grand avenir, il faut bien que l'on sache à qui revient l'idée première, et comment cette idée s'est transformée en fait accompli.

« Si je ne me trompe, la journée présente est bonne, vous en conserverez le souvenir, car aujourd'hui, en France, à Paris, dans la moderne Babylone, nous affirmons bien haut l'*unité* de la science médicale, nous proclamons l'*égalité* de ceux qui la cultivent et nous démontrons la *fraternité* qui règne entre tous ses représentants. »

Puis sont venues des communications de M. le professeur Cornil (« Contagion de la tuberculose par les muqueuses ») et de M. le professeur Nocard (« Dangers que présentent la viande et le lait des animaux tuberculeux et moyens de prévenir ces dangers »).

Le soir à 9 heures a eu lieu une réception des membres du Congrès par le Comité d'organisation dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

(Les divers travaux qui seront communiqués dans les réunions ultérieures seront analysés dans le prochain numéro du *Journal des Sociétés scientifiques*.)

Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. — Au cours de la dernière séance, le secrétaire, M. Lépine, a donné lecture de la lettre suivante, adressée au préfet de police par le préfet de la Seine :

« Monsieur le préfet et cher collègue,

« L'administration générale de l'Assistance publique de Paris se préoccupe d'assurer dans des conditions efficaces l'isolement des malades atteints d'affections épidémiques ou contagieuses.

« Pour atteindre ce but, deux systèmes sont en présence : le premier consisterait à construire les nouveaux hôpitaux, dits d'isolement, dans l'enceinte de la capitale ; le second comporterait la construction de ces établissements dans les communes de la banlieue.

« L'Assistance publique ne croit pas à l'efficacité du premier système. Dans un rapport du 30 avril 1888, le directeur de cette administration exprime, en effet, l'avis qu'il n'est pas possible d'obtenir l'isolement des malades contaminés ni en les plaçant dans des pavillons spéciaux dépendant des hôpitaux qui existent actuellement, ni même en ouvrant de nouveaux hôpitaux dans l'enceinte de la capitale.

« Car, s'il existe dans cette enceinte des terrains suffisamment vastes pour recevoir des établissements de cette nature avec tous les développements qu'ils comportent, M. le directeur de l'Assistance publique, dans un second rapport du 9 juin dernier, après avoir examiné successivement leur situation, formule cette conclusion, qu'aucun d'eux ne remplit les conditions requises, attendu que tous se trouvent à proximité d'agglomérations populeuses, et que plusieurs sont situés dans le voisinage de groupes scolaires, pour lesquels les dangers d'infection seraient tout particulièrement à craindre.

« Le second succès ne présente évidemment pas ces inconvénients au même degré ; mais les populations et les municipalités intéressées paraissent redouter vivement de le voir appliquer et plusieurs maires n'ont pas hésité à prendre, d'avance, des arrêtés de police interdisant de former des hôpitaux où l'on traiterait les maladies contagieuses.

« Dans cette situation, et avant de provoquer une décision de l'autorité supérieure pour déclarer d'utilité publique les acquisitions à réaliser en vue de créer des hôpitaux d'isolement, j'ai pensé qu'il était indispensable de soumettre les objections respectivement formulées à l'examen d'un corps savant, dont l'autorité pût guider l'administration dans la voie à suivre pour arriver au but qu'elle désire atteindre, dans l'intérêt de la santé publique.

« Le Conseil d'hygiène et de salubrité a toute compétence pour se prononcer sur la difficulté dont il s'agit.

« Je vous serai obligé, monsieur le préfet et cher collègue, de vouloir bien l'appeler à en délibérer et de me faire parvenir son avis.

« Veuillez agréer, monsieur le préfet et cher collègue, l'assurance de ma haute considération.

« *Le Préfet de la Seine*,
« Poubelle. »

M. le docteur Rochard est d'avis que le Conseil doit approuver immédiatement les intentions de M. le préfet de la Seine.

M. Chautemps donne au Conseil quelques renseignements sur l'état de la question. Sur sa proposition, le Conseil municipal a décidé la création :

1° De service d'isolement (dont font partie les hôpitaux suburbains ; 2o de services des transports des malades atteints de maladies contagieuses ; 3o d'un service de désinfection des logements, linge, etc.

Dès que les conclusions relatives à la construction d'hôpitaux d'isolement dans la banlieue ont été connues, les oppositions des communes qui pouvaient craindre l'installation de ces hôpitaux sur leur territoire se sont manifestées.

M. le préfet de la Seine en a référé au ministre de l'intérieur, et c'est sur l'avis de M. Chautemps que la question est venue devant le Conseil d'hygiène. M. Chautemps croit qu'il serait bon que le Conseil prît connaissance de son rapport.

Cette proposition est adoptée.

Le rapport de M. Chautemps sera distribué, ainsi qu'un exposé sommaire de la question fait par M. Léon Colin, et la question viendra en discussion dans la séance du 3 août prochain.

M. Michel Lévy est désigné pour présenter un rapport sur la question des emplacements.

— Il vient de se fonder dans le 7e arrondissement une Société médicale dont le but est de s'occuper de questions scientifiques et d'intérêts professionnels.

Le bureau, pour l'année 1888, est ainsi constitué :

Président : M. le docteur Ferrand.
Vice-présidents : MM. les docteurs Guéniot et Berger.
Secrétaire-général archiviste : M. le docteur Tolédano.
Secrétaires annuels : MM. les docteurs Tisné et Bœhler.
Trésorier : M. le docteur de Crésantignes.

— Cours de philosophie biologique. — Par délibération du 24 décembre 1887, le Conseil municipal de Paris avait décidé qu'il serait mis à la disposition de la Faculté des sciences de Paris une somme de 12,000 fr., attribuée à un cours devant porter ce titre : « Cours de philosophie biologique. — Fondation de la ville de Paris ».

La Faculté des sciences, consultée à ce propos, accepte la pro-

position de la ville de Paris, mais elle demande que le cours prenne le titre de cours sur « l'évolution des êtres organisés ».

Ce changement de titre a été accepté par le Conseil, qui a approuvé également la désignation, pour ce cours, de M. Giard, maître de conférences à l'École normale supérieure, ancien professeur à la Faculté des sciences de Lille.

M. Giard est un des plus fermes apôtres des doctrines transformismes en France.

— M. le docteur Du Mesnil, de Paris, est nommé secrétaire du bureau central météorologique de France.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a été, par décret, reconnue comme établissement d'utilité publique.

R. F. D.

NOUVELLES

Par arrêté en date du 16 juillet 1888, du ministre du commerce et de l'industrie, commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, sont nommés:

MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOLOGIE :

MM.

Arloing, prof. à la Faculté de médecine de Lyon.
Arsonval (d'), membre de l'Académie de médecine.
Balbiani, prof. au Collège de France.
Beaunis, prof. à la Faculté de médecine de Nancy.
Berthelot, Bouchard, Brown-Séquard, membres de l'Institut.
Charrin, secrétaire de la Société de biologie.
Chauveau, membre de l'Institut.
Cornil, membre de l'Académie de médecine.
Dastre, Duclaux, professeurs à la Faculté des sciences.
Dumontpallier, médecin des hôpitaux.
Dupuy, secrétaire de la Société de biologie.
Duval (Mathias), François-Franck, membres de l'Académie de médecine.
Gley, secrétaire de la Société de biologie.
Grimaux, agrégé.
Guignard.
Jollyet, prof. à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Lépine, prof. à la Faculté de médecine de Lyon.
Marey, membre de l'Institut.
Ollier, correspondant de l'Institut.
Pasteur, membre de l'Institut.
Ranvier, membre de l'Académie de médecine.
Regnard.
Retterer, secrétaire de la Société de biologie.
Richet (Charles), prof. à la Faculté de médecine.
Rouget (Charles), prof. au Muséum d'histoire naturelle.
Strauss, prof. à la Faculté de médecine.

MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE :

MM.

Besnier, membre de l'Académie de médecine.
Feulard, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Fournier, membre de l'Académie de médecine.
Hallopeau, Quinquaud, agrégés.
Tenneson, médecin de l'hôpital St-Louis.
Vidal, membre de l'Académie de médecine.

MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE :

MM.

Caulet, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris.
Fines, dir. de l'observatoire des Pyrénées-Orientales.
Japhet, vice-prés. de la Société d'hydrologie médicale de Paris.
Lemoine, prés. de la Société météorologique de France.
Leudet, sec. gén. de la Société d'hydrologie médicale de Paris.
Piche, prés. de la commission météorologique des B.-Pyrénées.
Poincarré, vice-prés. de la Société météorologique de France.
Ranse (de), correspondant de l'Académie de médecine.
Renou, vice-prés. de la Société météorologique de France.
Schlemmer, secrét. de la Société d'hydrologie médicale de Paris.
Tillot, correspondant de l'Académie de médecine.

MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE THÉRAPEUTIQUE :

Bardet, Blondel, secrétaires de la Société de thérapeutique.
Boymond, membre de la Société de thérapeutique.
Bucquoy, membre de l'Académie de médecine.
Créquy, Delpech, membres de la Société de thérapeutique.
Dujardin-Beaumetz, Féréol, membres de l'Académie de médecine.
Fernet, agrégé de la Faculté de médecine.
Guéneau de Mussy, membre de l'Académie de médecine.
Labbé, secrétaire de la Société de thérapeutique.
Mayet, membre de la Société de thérapeutique.
Moutard-Martin, Paul (Constantin), membres de l'Académie de médecine.
Petit, membre de la Société de thérapeutique.
Vidal, membre de l'Académie de médecine.
Vigier, pharmacien.

MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE :

MM.

Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.
Bourneville, député.
Brouardel, doyen de la Faculté de médecine.
Chautemps, conseiller municipal.
Champaou, membre de l'Institut.
Colin (Léon), Cornil, membres de l'Académie de médecine.
Dubrisay, membre du Comité consultatif d'hygiène.
Dujardin-Beaumetz, Gariel, Gavarret, membres de l'Académie de médecine.
Grancher, professeur à la Faculté de médecine.
Jacquot, membre du Comité consultatif d'hygiène.
Levraud, conseiller municipal.
Martin (A.-J.), auditeur du Comité consultatif d'hygiène.
Mayer, conseiller municipal.
Monod (Ch.), directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur.
Napias, auditeur au Comité consultatif d'hygiène.
Nicolas, directeur du commerce intérieur au Ministère du commerce et de l'industrie.
Peyron, directeur général de l'Assistance publique.
Pouchet, agrégé.
Proust, membre de l'Académie de médecine.
Siegfried, député.
Straus, conseiller municipal.
Rochard, membre de l'Académie de médecine.
Trélat (E.), architecte.
Trélat (U.), membre de l'Académie de médecine.
Thévenot, trésorier de la Société de médecine publique.
Vallin, directeur du service de santé au gouvernement militaire de Lyon.
Vaudremer, architecte, membre de l'Institut.

**

CONCOURS POUR L'INTERNAT. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le vendredi, 19 octobre, à midi précis.

Le nombre de places à donner sera porté, avant cette date, à la connaissance des candidats.

MM les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 3 octobre, inclusivement.

PROSECTORAT DES HÔPITAUX. — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le lundi 6 août 1888, à 4 heures du soir, à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart (rue du Fer-à-Moulin, 17), pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris, sont au nombre de cinq. Ce sont MM. Dumont, Lyot, Phocas, Rieffel et Sebileau.

Le jury se compose provisoirement de MM. les docteurs Tillaux, Peyrot, Cruveilhier, Richet, Horteloup, Lancereaux et Potain.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 15 AU SAMEDI 21 JUILLET 1888.

Fièvre typhoïde 15.—Variole 1.— Rougeole 22.— Scarlatine 3. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup, 30 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 185.— Antres tuberculoses 23. — Tumeurs : Cancéreuses 47. — Autres 6. — Méningite 42. — Congestion et hémorr. cérébrales 32. — Paralysie 1.— Ramollissement cérébral 11.—Maladies organiques du cœur 36.— Bronchite aiguë 12. — Bronchite chronique 16. — Broncho-pneumonie 21.— Pneumonie 29. — Gastro-entérite : Sein 17. — Biberon 51. — Autres 1. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 33. — Sénilité 18. — Suicides 14. — Antres morts violentes 12. — Antres causes de mort 162. — Causes inconnues 5. — Total de la semaine : 859 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La 9e édition du *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne, revue par le professeur Léon Le Fort, vient de paraître. La première partie, comprenant les « opérations générales », est considérablement augmentée et illustrée de nouvelles figures.

M. Le Fort y a notamment ajouté une introduction très développée traitant des « théories microbiennes » et des « pansements antiseptiques », et une partie nouvelle sur la « prothèse des membres ». — Tel qu'il est, cet ouvrage classique depuis plus de cinquante ans et toujours tenu au courant des progrès de la science, est indispensable aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants. — La deuxième partie, concernant les opérations spéciales, paraîtra dans le courant de l'année 1888. — L'ouvrage en deux volumes, 16 francs.— Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds, par G. Treille, médecin principal de la marine. Un volume in-8o de 140 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, par les professeurs G. Bouilly, S. Duplay, L. Picqué, Ed. Schwartz, P. Segond, L. Poisson, A. Pousson, R. Harrison. Un volume grand in-8o de 908 pages, avec 322 figures. — Prix : 17 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE. — Conférence gynécologique faite à l'Hôtel-Dieu, par M. le docteur DUMONTPALLIER, recueillie par M. le docteur BARBIER.

Vous savez, messieurs, quelle est la fréquence de l'endométrite ; vous savez aussi que, connue depuis longtemps, elle a été surtout étudiée au point de vue de l'étiologie dans ces derniers temps. Ce point a une importance considérable, car, si le traitement de l'endométrite doit varier avec l'intensité de ses manifestations, il est encore plus soumis à sa nature et à son origine.

A une époque où on ignorait ce qu'était réellement l'endométrite, on la traitait en s'adressant seulement au *col* de l'utérus, et il arrivait que les lésions intra-utérines se trouvaient modifiées. Mais c'est qu'on recommandait un repos absolu aux malades, et que probablement l'action du caustique porté sur le col se propageait par les orifices de celui-ci, que vous savez être toujours plus ou moins ouverts dans la maladie qui nous occupe. Ces remarques peuvent et doivent, dans certains cas, vous imposer une certaine réserve à l'égard des médications héroïques.

Il existe, vous le savez, deux formes de la métrite : la *forme muco-purulente* et la *forme hémorrhagique*. On n'avait pas attendu les temps présents pour soupçonner l'origine intra-utérine de ces troubles, et Récamier avait imaginé son procédé de râclage de l'utérus au moyen de la curette qui porte son nom. On soupçonnait donc déjà à cette époque, et ceci date d'un siècle, que les fongosités de la muqueuse utérine étaient la cause des accidents, et on tentait de guérir ceux-ci en enlevant celles-là. Néanmoins, à cette époque, l'idée de Récamier était audacieuse, et les accidents auxquels cette opération donna lieu ne peuvent nous étonner, car alors les idées que nous avons sur l'antisepsie étaient absolument inconnues.

Aujourd'hui, on tend à considérer l'endométrite comme une maladie parasitaire (microbe pyogène dans la forme purulente, parasite de la blennorrhagie quand celle-ci est en cause) et on emploie pour détruire ces micro-organismes différents moyens.

Cliniquement, je vous rappelle que l'endométrite s'observe surtout après les couches, après l'avortement, quelquefois à la suite de la blennorrhagie vaginale. Or, puisqu'il s'agit du traitement, il y a des méthodes de choix qui s'imposent, et il est inévitable qu'on ne peut procéder à l'égard de la métrite puerpérale récente comme à l'égard d'une métrite qui dure depuis plusieurs mois.

Qu'est-ce, en effet, que la *métrite puerpérale*, sinon un aspect du travail physiologique qui s'opère dans l'utérus, travail qui a pour but la cicatrisation de la plaie placentaire, dont l'écoulement muco-purulent n'est qu'une suite ? En tout cas, il

FEUILLETON

UN MÉDECIN NATURALISTE EN PROVINCE, LÉON DUFOUR.

Suite. — Voir les numéros 13, 14, 19 et 21.

V. — EXCURSIONS ET VOYAGES DE DUFOUR.

La vie d'un praticien occupé et *couru* a besoin de quelques moments de détente. Les voyages ne sont-ils pas le correctif le plus efficace à ce continuel asservissement de l'esprit et du corps, asservissement auquel est soumis tout médecin consciencieux et pénétré de l'importance de sa mission humanitaire ? Il n'est pas d'heure qui lui appartienne complètement, et pour se soustraire à cette sorte d'obsession qu'engendre la notion de ses devoirs professionnels le médecin n'a qu'un moyen, la fuite au loin de sa maison.

Heureux sont-ils, relativement du moins, ceux qui savent et peuvent organiser leur vie de manière à pouvoir de temps en temps s'écarter de leurs malades durant quelques semaines ! Léon Dufour fut de ce nombre.

Nous avons déjà mentionné les voyages qu'il fit aux Pyrénées, pendant son adolescence, avant la fin du siècle, avant le départ pour Paris. Dufour exécuta huit autres excursions pyrénéennes depuis sa rentrée d'Espagne jusqu'à sa mort.

En 1819, il visita les Eaux-Bonnes, le pic de Gère, et, le premier des naturalistes, fit l'excursion du pic d'Ossau, regardé jusqu'alors comme inaccessible. Trois jours après, il exécutait, *semper indefessus*, l'escalade du pic Amoulat, escorté d'un seul guide. Et jamais excursion « ne s'accompagna de plus graves dangers et d'une situation plus affreuse ».

En 1820, c'est vers les *Montagnes-Maudites* que Léon Dufour se dirige, en vertu d'une mission du ministère de l'intérieur, qui lui avait été confiée sur la demande du botaniste Mirbel (1). Il explora d'abord les environs de Bagnères de Luchon, fit la longue course du lac d'Oo, puis celle de la vallée du Lys, en doublant la montage de Superbagnères, du sommet de laquelle la vue embrasse

(1) On lui remit 500 francs pour les frais de cette excursion.

n'est pas *prudent d'agir avant la fin de la sixième semaine ou du deuxième mois*; il vaut mieux même parfois attendre le retour de couches, car il y a lieu de tenir compte de l'état puerpéral pendant tout le temps que dure l'involution utérine. A côté, et avec les mêmes indications, je dois ranger la *métrite post-puerpérale*. Dans tous ces cas, la temporisation est de règle.

Dans ces derniers temps, on a mis de côté ces considérations cliniques et on a proposé pour le traitement de l'endométrite des moyens chirurgicaux, sans s'inquiéter ni des conditions qui l'avaient fait naître, ni de l'état général de la femme.

Voyons quels sont ces moyens.

Autrefois, on se contentait de *badigeonner la cavité utérine avec de la teinture d'iode, du perchlorure de fer, des solutions de nitrate d'argent* plus ou moins fortes, et Pajot soutient encore que dans la presque totalité des cas (95 p. 100), l'endométrite peut être guérie par le repos presque spontanément, avec quelques badigeonnages au nitrate d'argent. Il est certain que tout dépend de la cause et de la nature de la maladie; nous avons eu des améliorations manifestes par la teinture d'iode, et nul doute qu'on ne puisse obtenir par ce moyen des guérisons nombreuses et durables.

Dans ces derniers temps, *Vuillet (de Lyon)* a proposé une intervention beaucoup plus complexe. Il commence par dilater le col et, ceci fait, on a sous les yeux la cavité utérine avec les lésions qu'elle peut présenter. Il introduit dans le col des tampons iodoformés, puis procédant méthodiquement, il arrive à dilater l'orifice interne. Alors on peut explorer *de visu* la cavité même de l'organe, qui apparaît comme un prolongement du vagin; on peut y introduire le doigt ou un spéculum, et les lésions se montrent ainsi sans qu'on soit obligé de s'en remettre au hasard pour les atteindre. Jamais, entre les mains de l'auteur, ce procédé ne lui aurait donné d'accidents; il va même jusqu'à dire que les inflammations périutérines n'en empêchent pas l'application. Néanmoins, n'oubliez pas, messieurs, que le franchissement de l'orifice interne n'est pas toujours indifférent, tant à cause des conséquences inflammatoires que des réflexes éloignés dont il peut être l'origine.

J'arrive au traitement qui a été préconisé par Doléris. Ce mode de traitement, dont il s'est fait l'avocat convaincu, est complexe et se compose de plusieurs temps. *L'abaissement de l'utérus* au moyen de pinces à nœuds fixées dans la lèvre antérieure du col en général, et dont le but est d'immobiliser l'organe. *La dilatation* au moyen de seule éponge aseptique ou de laminaire aseptique; puis, une fois le col suffisamment ouvert, le *curettage* ou *l'écouvillonage* de la cavité utérine. L'écouvillon est un instrument que vous connaissez tous. et selon la grosseur de celui qu'on emploie, la dilatation du col devra être plus ou moins grande pour permettre son introduction facile. On agit alors par mouvement de tension ou de tire-bouchon, toujours dans le même sens, et on retire l'écouvillon toujours en le maniant de la même façon.

Une hémorrhagie plus ou moins abondante suit l'opération, hémorrhagie dont vous soupçonnez, je pense, l'origine intra-utérine; mais, en général, elle ne continue pas. Alors, avec un tampon, on porte dans l'utérus un caustique qui est, dans le cas particulier, la *créosote unie à la glycérine* dans la proportion de deux, de une partie pour une de glycérine.

Ce traitement, comme vous le voyez, comprend plusieurs temps: *l'abaissement de l'utérus*, son *immobilisation*, la *dilatation du col*, *l'écouvillonnage*, la *cautérisation*. Les règles de l'antisepsie sont remplies, et il n'y a pas d'accidents, soit à distance, soit péri-utérines. Seulement, l'opération est très douloureuse, et malheureusement les résultats ne sont pas toujours heureux du premier coup; on doit souvent y revenir à plusieurs reprises.

Comme objection grave à cette méthode, on ne peut donc guère invoquer que la douleur pendant l'opération, mais je crois pour ma part qu'elle n'a pas des résultats utiles aussi marqués qu'on veut bien le dire. Aussi, faisant la part de la douleur, de la difficulté qu'on a parfois, et cela arrive aux opérateurs les plus habiles, d'introduire l'écouvillon, et de la grande habileté qu'il faut avoir pour bien opérer, j'ai eu l'idée d'un autre traitement qui est d'un maniement plus facile. En cela comme en bien des choses, c'est un peu le hasard qui m'a guidé, et ce n'est pas d'emblée que j'ai préconisé dans l'endométrite l'emploi de *chlorure de zinc à l'état sirupeux*. J'avais constaté depuis longtemps tout le profit qu'on pouvait retirer de l'emploi de cet agent contre les hémorrhagies utérines persistantes, et l'amélioration de signes indiscutables de métrite interne. D'abord, j'ai porté ce caustique dans le col, puis j'ai été ensuite plus franchement, et c'est dans la cavité utérine même qu'il faut l'appliquer.

Voici comment on procède : On trempe dans la solution de

---

le glacier de Nethou, le plus vaste des Pyrénées, le manteau du Port-d'Oo, le majestueux pic Cuayrat, colossale pyramide isolée, et la Bacanère, sommet culminant de l'immense groupe des monts de la contrée. Dufour brûlait du désir d'escalader le pic du Nethou, la cime la plus haute de la chaîne (3,400 mètres, d'après les évaluations les plus récentes), qui jusqu'alors avait fait reculer et Ramond et les plus intrépides naturalistes.

Une coïncidence fortuite et des plus heureuses lui fit rencontrer à Luchon « le célèbre Reboul (de l'Institut) ancien ami de Ramond, géologue aussi aimable qu'instruit ». Ils formèrent ensemble le projet de reconnaître l'éminence si rebelle aux tentatives des explorateurs. Ils employèrent trois jours à parcourir les versants méridionaux ou espagnols. Mais, malgré d'incroyables efforts, ils ne purent atteindre le glacier, qui s'étend jusqu'au sommet du pic.

En 1824, c'est Cauterets que Dufour alla visiter. Il escalade le Monné, espérant y faire une bonne moisson botanique. Accompagné par un guide renommé, il marchait pendant treize heures pour monter par les pelouses de l'Est jusqu'à la roche du sommet et redescendre à Cauterets par la pente opposée, très rocailleuse. Il ne rapporta de cette excursion que de la fatigue et pas une plante digne de mention, et Dufour ajoute avec dépit : « C'est une ascension de simple touriste. »

Neuf ans plus tard, il se dirige vers le pic d'Anie, dont le sommet pointu se voit de Saint-Sever. Cette ascension était depuis longtemps projetée. Dufour partit de Lescun en compagnie de MM. de Verneuil, géologue (de l'Institut); François Planté (d'Orthez), et le docteur Lubet (de Hagetmau).

Cette pérégrination dura six jours et fut très productive pour l'histoire naturelle.

En 1841, Dufour fit un court voyage aux Eaux-Bonnes, dans le but de revoir son excellent et savant ami Audouin et sa femme. Il était loin de penser qu'avant la fin de cette même année, Audouin succomberait aux atteintes d'un ramollissement du cerveau. Dans une longue excursion qu'ils accomplirent ensemble, il ne fut cependant pas difficile à Dufour de constater que les facultés intellectuelles de son ami s'altéraient.

En 1843, notre infatigable ascensionniste exécute les excursions successives de Gavarnie, d'Héas et du pic du Midi de Bigorre. Et, en 1844, il renouvelait son ascension à ce dernier sommet, que

chlorure de zinc un léger tampon de ouate porté au bout d'une baleine, et l'utérus étant maintenu par une simple pression hypogastrique, je le fais pénétrer par un mouvement de vrille dans la cavité utérine. Si la maladie est légère, un simple badigeonnage suffit, sinon on laisse en place le tampon dans l'utérus et on maintient le tout par le tamponnement vaginal. Un tampon sec placé dans le col rendrait le procédé plus complet.

Quelles sont les *suites de l'opération*? Au moment de la cautérisation, les malades n'éprouvent rien. Au bout de trois quarts d'heure, la douleur apparaît, mais peu intense, ayant son siége au point contaminé, avec irradiations vers le siége, l'hypogastre, les reins, les cuisses. Au bout de trois à quatre heures, les douleurs ont disparu. En tout cas, la conséquence immédiate est l'arrêt des hémorrhagies, et il n'y a jamais d'accidents douloureux graves, ni de complications inflammatoires. Les malades restent au lit pendant quelques jours, très tranquilles, et, au bout d'une semaine environ, l'eschare causée par le caustique s'élimine, sous forme d'exfoliation insensible dans le cas de cautérisation légère, ou sous forme d'une eschare membraneuse comprenant la partie mortifiée de la muqueuse, analogue aux produits de la dysménorrhée membraneuse, si la cautérisation a été plus énergique. Cette eschare est jaunâtre, d'épaisseur variable, et, lorsqu'elle s'élimine, l'utérus est cicatrisé.

A la place de la solution sirupeuse, on se sert de bâton, de chlorure de zinc à 1 ou 2 de caustique pour une partie de véhicule.

Les *résultats* sont ordinairement heureux, et je me hâte de dire que je ne considère comme guéries que les femmes qui voient par la suite leurs règles normales comme quantité et comme durée, sans écoulement muco-purulent consécutif. Cependant, il faut quelquefois une nouvelle séance, ce qui prouve que le succès d'emblée n'est pas toujours absolument certain. Mais, en somme, tous ces traitements sont encore à l'étude et les deux procédés, celui de l'écouvillonnage et celui de la cautérisation au chlorure de zinc, ont leur avantage chacun.

En résumé, nous pouvons dire que l'endométrite est une maladie très commune, et qu'avant d'intervenir il faut fixer l'opportunité de l'intervention, et en particulier pour l'endométrite puerpérale, on doit employer les moyens anodins, tels que la teinture d'iode, le perchlorure de fer, avant d'avoir recours aux méthodes plus violentes, comme l'écouvillonnage et la cautérisation au chlorure de zinc. Et, dans ce dernier cas, ne pas promettre une guérison qu'on n'est pas sûr d'obtenir après une seule séance.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS PAR L'EXCISION DU CHANCRE, par M. PAUL THIÉRY, aide d'anatomie de la Faculté.

La question n'est pas nouvelle, et s'il est un sujet qui ait vivement attiré l'attention des syphiligraphes et qui ait donné lieu à de nombreuses discussions et à des assertions contradictoires, c'est bien celui du traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre.

Une récente communication de M. Neumann, faite par lui à la Société Império-Royale des médecins de Vienne (séance du 19 avril 1888) nous engage à publier les résultats que nous-mêmes avons obtenus à la suite d'expériences faites en collaboration avec M. Bazy, notre chef pendant notre internat à l'hôpital du Midi, alors qu'il suppléait M. Humbert pendant les vacances de 1886.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur l'historique de la question; il est facile de se reporter aux auteurs spéciaux et d'y trouver l'énumération des principales tentatives faites à différentes époques pour traiter chirurgicalement et préventivement la syphilis.

Cependant, et pour indiquer en quelques mots le point où en est la question, nous résumerons rapidement ce qu'en dit M. Mauriac dans ses Leçons sur les maladies vénériennes :

« De tous les chancres que j'ai vu cautériser ou que j'ai moi-même cautérisés du 1er au 4e jour de la contagion, aucun n'a été suivi des symptômes propres à l'infection constitutionnelle. » On peut être étonné d'une pareille assertion de Ricord, lorsqu'on sait combien est tardive l'apparition du chancre syphilitique.

Sur 200 malades que nous avons interrogés à cet égard, nous avons pu établir une moyenne de vingt-sept jours avant

---

Ramond avait escaladé plus de trente fois. Il était accompagné alors par MM. de Lugo (Philippe), botaniste ardent de Bagnères-Adour; Deville (de Tarbes), et Laboulbène (d'Agen). Celui-ci, le futur professeur à l'Ecole de Médecine de Paris, n'était alors qu'un jeune bachelier qui devait se rendre l'année suivante, avec les fils de Dufour, à Paris, pour y étudier la médecine.

Durant dix-sept ans, Dufour semble oublier ses chères Pyrénées. Mais un petit *revenez-y* le saisit dans sa vieillesse. En 1861, âgé de quatre-vingt-un ans, Léon Dufour allait à Perpignan chez son ami, le général Alfred Durrieu, de chez qui il partit pour faire l'ascension du Canigou.

Enfin, le 8 août 1863, le vieux, mais toujours ardent naturaliste entreprit sa dernière ascension au pic du Midi, ascension dont ses fils ont voulu consacrer la mémoire en faisant sceller, quatre ans plus tard, jour pour jour, le 8 août 1867, « sur un rocher schisteux, à 500 mètres de l'hôtellerie du Tourmalet, une plaque en marbre blanc de Saint-Béat, préparée dans l'atelier de la marbrerie Géruzez, à Bagnères-de-Bigorre, et portant l'inscription suivante :

LE DOCTEUR LÉON DUFOUR
NATURALISTE
A FAIT SA DERNIÈRE ASCENSION
AU PIC DU MIDI DE BIGORRE
LE 8 AOUT 1863
AGÉ DE 83 ANS

Ce rocher, que le général de Nansouty, l'un des promoteurs de l'Observatoire du pic du Midi, a fait nommer *Rocher Dufour*, a échappé jusqu'ici au terrible vent de l'avalanche, plus heureux que le monument commémoratif des ascensions de l'astronome Plantade.

Les hauteurs des Pyrénées n'attirèrent pas seules l'humeur aventureuse de Léon Dufour. En 1819, il allait visiter, en compagnie du docteur Grateloup, alors médecin à Dax et plus tard à Bordeaux, les soufrières de Saint-Boès.

En 1824, ce fut l'exploration botanique du littoral océanique de la grande lande qu'il entreprit avec un jeune élève en pharmacie de Saint-Sever. Un domestique suivait, avec un cheval chargé de deux *comportes* renfermant les effets de voyage, et, plus tard, leurs conquêtes en histoire naturelle. On passa par Mont-de-

l'apparition de l'accident primitif, chiffre qui concorde à peu près avec celui donné par Mauriac (du 30e au 40e).

On est donc forcé de conclure :

1° Que Ricord ne s'était pas adressé à des chancres syphilitiques;

2° Qu'il n'avait point traité probablement de chancres mous, car il ne semble pas indiquer de récidive locale, et cependant l'infection locale de la plaie d'excision eut été presque fatale, surtout alors que les principes d'antisepsie étaient peu connus et à coup sûr peu mis en pratique;

3° Qu'il n'avait excisé que des ulcérations simples, de l'herpès probablement.

Parmi les autres auteurs qui se sont occupés de la question, il s'est formé deux partis absolument opposés : les uns nient la possibilité, l'efficacité de la méthode; le chancre n'est pas l'accident primitif, c'est le premier des accidents secondaires; cet accident apparu, la vérole est déjà faite, elle est générale, et l'éradication illusoire.

C'est à cette théorie que se rattache Diday.

Mauriac nous raconte que, dans une communication orale, le docteur Robert Paqvalin d'Abo (Finlande) lui confia que sur 18 chancres extirpés par lui de la première à la deuxième semaine de l'apparition, il n'avait obtenu aucun résultat favorable. Parmi ces 18 faits, un paraît tellement concluant que nous le résumons.

Un homme s'écorche pendant un coït suspect : le docteur Paqvalin excise la lésion au bout de huit jours. Cet individu ne présenta point d'accidents consécutifs; un autre qui vit la même femme eut un chancre dans les trente jours réglementaires.

Le cas est probant, dit M. Mauriac : le premier individu aurait eu la vérole sans l'opération. Evidemment, il y avait probabilité, mais nous ne croyons pas que l'on puisse conclure à une certitude, et nous rapporterons plus loin un cas presque identique où nous ne pensons pas cependant pouvoir conclure à un succès.

Mauriac lui-même s'est beaucoup occupé de la question; dans de nombreux articles de la GAZETTE DES HÔPITAUX (1881) dans les ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (1881), il nous donne ses résultats. Ils sont déplorables : sur 6 cas, 6 insuccès, et cependant les chancres ne dataient que de dix à quinze jours; bien plus, il y rapporte un cas où le chancre date de quatre jours (et il y eut consécutivement induration de la cicatrice), et deux autres où toutes les conditions de succès se trouvaient réunies et qu'on lira avec intérêt; ces deux derniers ont rapport à des chancres datant de 48 et 50 heures. Il y eut échec néanmoins ! ! ! et l'un des malades eut une syphilis grave avec syphilides ulcéreuses au dix-septième mois, et rhénite suppurée.

Horteloup a publié en 1881 deux cas analogues avec échec.

Bertheluz Hill a démontré qu'une cautérisation énergique à l'acide nitrique fumant, pratiquée douze heures après leurs rapports sexuels, peut être inefficace.

A côté de ces faits négatifs, nous trouvons au contraire les assertions d'un certain nombre d'auteurs qui semblent être arrivés à un résultat positif; c'est ainsi que Leloir (de Lille), examinant les propositions émises par ces auteurs, rapporte que Chadzynski, sur 30 cas qui lui sont personnels, aurait eu 7 succès. D'autre part, nous voyons Sigmund publier ses résultats : 54 ulcérations cautérisées ne donnent que 10 cas de syphilis, la cautérisation étant pratiquée du premier au dixième jour. Or, il est probable que sur ces 54 ulcérations, plus de 10 étaient syphilitiques (?)

Kœlliker a opéré dans 8 cas qui se rapportent à des chancres jeunes : 7e, 9e, 10e, et 14e jour de l'infection, 3e et 7e semaine. Dans quatre, l'adénite était déjà apparente. Trois de ces malades n'eurent pas la vérole.

Auspitz et Unna, qui élevèrent l'éradication à la hauteur d'un principe, rapportent 33 cas, dont 10 observations incomplètes doivent être soustraites. Sur les 23 cas restant, il y eut 14 guérisons, et cependant beaucoup présentaient de l'adénopathie spécifique antérieurement à l'opération; les autres eurent une vérole bénigne.

En résumé, trois opinions contraires :

1° L'excision est toujours suivie d'échec;

2° Elle peut faire avorter la syphilis;

3° Elle imprime à la maladie une allure bénigne.

Ce sont là trois points que nous avons à envisager successivement.

Disons dès maintenant, sans prévention, que l'incertitude des observations est toute entière à l'actif des adversaires de la méthode. Nous voyons, en effet, que les observations de Sigmund peuvent être facilement contestées; enfin, celles de Kœlliker, d'Auspitz et Unna nous inspirent quelque défiance,

---

Marsan, Uchac, Garcin, Sabres, Pissos, où l'on resta deux jours chez le docteur Gourgues. De là, on alla à La Teste. Après avoir séjourné quatre jours au chef-lieu de l'ancienne seigneurie des Captals de Buch, en explorant soigneusement la plage, les forêts, les îles, on alla, le 8 juin, de La Teste à Parentis; le 9, à Mimizan; le 10, à Tartas, et, le 11, on rentrait à Saint-Sever.

Vers la fin de mai 1827, Dufour fit, avec un des ses anciens professeurs, une excursion botanique aux côteaux des *Caubous*; ils y récoltèrent l'*épipactis cordifolia*, que Dufour voyait vivante pour la première fois, et qui abondait dans une lande voisine de la crête du côteau. Non seulement on ne l'a jamais trouvée dans le département des Landes, mais elle n'est point citée dans la flore agenaise et paraît fort rarement dans les Pyrénées.

En 1832, il fut attiré à Bordeaux; ainsi que nous l'avons déjà dit, il allait y voir de près le choléra.

L'année suivante au mois d'avril 1833, Dufour se rendit à Blaye, pour faire visite à son ancien camarade de l'armée d'Aragon, le général Bugeaud, qui venait d'être appelé auprès de la duchesse de Berry, alors captive au château de Blaye. Le docteur Pierre Ménière nous a donné le récit détaillé de cette captivité. Léon Dufour nous montre le rôle du général Bugeaud sous un jour un peu différent :

« On avait fait appel, nous dit-il, à son dévouement pour le roi, sans lui faire connaître d'abord la nature ou les motifs de sa mission. Dans la nuit qui suivit son acceptation, il avait reçu l'ordre motivé; malgré la répugnance de son caractère chevaleresque, il tint parole et se rendit au poste désigné. »

Lorsque la duchesse fut autorisée à quitter la citadelle de Blaye, pour se rendre à Palerme, Bugeaud, qui avait ordre de l'accompagner, proposa à Dufour de faire avec lui ce voyage sur un bâtiment de l'Etat, avec le projet de rentrer en France par l'Italie; mais sa position médicale, nous dit-il, ne lui permit point d'accepter cette séduisante expédition.

En 1852, Dufour fit d'abord une excursion à Loyola, près Saint-Sébastien, puis un voyage à Marseille pour aller voir son fils Gustave, qui, atteint de fièvre grave, venait d'être évacué de Bône (Algérie) sur l'hôpital militaire de Marseille. Malgré ses soixante-douze hivers et la longueur du voyage, Dufour partit de Saint-Sever le même jour de la réception de la nouvelle au secours de

à cause de l'adénopathie existante. M. le professeur Fournier en a déjà réfuté un certain nombre, en faisant remarquer que celles qui ont rapport à un chancre développé dix jours après le coït suspect peuvent être taxées de douteuses.

Ce travail était déjà écrit lorsque éclata, dans la séance du 9 mai 1888 de l'Association médicale américaine, section de dermatologie et de syphiligraphie (39e Congrès tenu à Cincinnati), une vive discussion qui vient donner à la question un nouvel intérêt d'actualité. Nous ne saurions mieux faire que de résumer en quelques mots les opinions contradictoires qui y furent émises, en les rapprochant du nom de leurs auteurs.

Cette discussion a pour point de départ une communication de Olimann Dumesnil, de Saint-Louis, sur le double chancre à distance, où il discute la possibilité de l'auto-inoculation.

Palmer (de Louisville) ne croit pas à l'efficacité de l'excision du chancre.

Ravogli pense qu'elle peut être suivie de succès lorsqu'elle est large ; elle n'est pas toujours possible.

Zeissler admet que le chancre infectant n'est pas nécessairement suivi de vérole ; aussi les cas suivis de succès étaient des cas où le chancre aurait été en quelque sorte fruste si l'on n'était pas intervenu. Pour lui, disons-le en passant, le chancre non induré peut être suivi d'infection syphilitique.

Vieller (de Hotsprings) pratique toujours l'excison. Celle-ci, faite dans les quarante-huit heures, donne d'excellents résultats. A partir du 4e ou 5e jour, elle est inefficace. Sur 7 malades opérés dans les quarante-huit heures d'apparition, 4 n'ont pas eu d'accidents spécifiques, 3 ont été perdus de vue.

Reynold admet avec Zeissler que le chancre induré n'est pas nécessairement suivi d'infection ; aussi, pour lui, l'excision ne prouve rien.

Enfin, Palmer fait remarquer que si l'efficacité de l'excision du chancre est douteuse pour lui, il semble que l'opération puisse produire une atténuation dans la marche de la maladie.

Après cette discussion, on le voit, comme après l'examen des faits publiés par les auteurs dont nous avons plus haut cité les observations, l'incertitude est la même, et on éprouve quelque embarras à se prononcer pour ou contre la méthode de l'excision comme traitement abortif.

Plus nouvellement encore, trois auteurs viennent successivement d'attirer l'attention sur cet intéressant sujet. M. Gémy, professeur à l'École d'Alger, en fait l'objet de son cours d'ouverture (1887-1888).

M. le professeur Fournier en développe les principaux points dans une remarquable clinique, et M. Morel Lavallée y joint des éléments intéressants qu'il publie dans la GAZETTE DES HÔPITAUX (23 juin 1888).

Nous ne voulons point analyser cet article ; il doit être lu en entier. On y trouvera mentionnés des modes opératoires spéciaux, tels que la section des lymphatiques efférents, la ponction des ganglions et l'injection dans leur tissu de liquides antiseptiques.

On y trouvera également les opinions les plus diverses : celle de Partar, auquel la cautérisation a donné des échecs ; de Hallopean, dans les mains duquel les injections intra-ganglionnaires de sublimé ont échoué.

Une bonne analyse du travail de Neisser de Crivelli, des faits nombreux dus à Leloir, Gibrée, Rasori, Diday, fournissent leur contingent d'intérêt à cette étude, et en les mentionnant, nous n'avons pas épuisé la source bibliographique de notre sujet.

Mais ce que nous en voulons retenir, c'est le desideratum exprimé par M. Morel Lavallée : « M. le professeur Fournier, dit-il en substance, pense que le sujet n'est pas épuisé ; il exige un supplément d'information. Mais, pour qu'il ait quelque valeur, il doit être formé d'observations probantes, exemptes de doute, et celles-ci doivent alors être établies sur une base indiscutable. Il rapporte cette correction à quelques chefs principaux :

1° Nécessité de la confrontation ;

2° Mention d'une inoculation de trois à sept semaines ;

3° Observations portant sur des malades non antérieurement syphilitiques ;

4° Preuves que la lésion n'est ni un chancre mon ni un herpès ;

5° Surveillance prolongée du malade.

C'est déjà l'idée que nous nous étions faite d'une observation irréprochable au début de nos expériences, et nous examinerons, après avoir publié nos observations, si elles répondent à ce desideratum.

En présence d'opinions aussi contradictoires, nous n'avons voulu nous édifier que sur la valeur des unes et des autres, et

---

son cher fils. Il resta trente-deux jours près de lui et revint par Montpellier, où il revit Lordat.

En 1854, Dufour exécuta un second voyage en Espagne. Il se rendit à Madrid avec son ami Edouard Perris, aux frais de l'Académie des sciences, qui, par une délibération officielle, lui avait confié la mission de continuer en Espagne ses recherches sur la zoologie et particulièrement sur l'entomologie (1).

Quatre ans plus tard, c'est jusqu'à Bade que Dufour arriva, à l'occasion du Congrès scientifique de Strasbourg. La section botanique était présidée par M. Fée, et Léon Dufour fut l'un des deux vice-présidents.

L'année d'après, en août 1859, la Société botanique de France se réunit en session extraordinaire à Bordeaux, Dufour fut désigné comme président du bureau spécial. Dans son discours d'inauguration de la première séance, il exhuma des «tiroirs de sa mémoire» quelques impressions botaniques publiées plus tard sous le titre : *De la valeur historique et sentimentale d'un herbier* (voir le *Bulletin de la Société botanique de France*, t. VI, 1860, p. 526). Ce fut dans la séance du 16 août que le secrétaire de la Société, M. de Schœnfeld, ayant communiqué à la réunion la nouvelle de la promotion de Dufour au grade d'officier de la Légion d'honneur, notre spirituel naturaliste termina son discours d'adieu à ses collègues en leur disant :

« J'étais depuis vingt-huit ans passés un crucifère tout simple ; à notre retour de l'excursion d'Arcachon, quelle fut ma stupeur de me trouver transformé, grâce à l'intervention de quelques membres de l'Institut et d'un ami haut placé, en *crucifère à fleur double* ou en *rosette orbiculaire!* Cet insigne me rappellera toujours son heureuse coïncidence avec la session bordelaise de la Société botanique de France. »

Enfin, en 1860, se place un voyage à Grenoble, où Dufour alla assister encore au Congrès de la même Société botanique de France.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

(1) Voir sa relation imprimée, MADRID EN 1808 ET MADRID EN 1854, dans les *Actes de la Société Linnéenne de Bordeaux*, t. XXI, 2e livraison.

c'est dans ce but que M. Bazy et nous avons pratiqué à l'hôpital du Midi un certain nombre de fois l'excision du chancre, dans le but de prévenir les accidents secondaires.

On peut voir dès maintenant que nous avons choisi le moyen le plus radical. Nous n'entrerons dans aucun détail; il est facile de comprendre que la cautérisation simple, ou les injections de sublimé, pratiquées entre les chancres et les ganglions, n'offrent point des garanties aussi sérieuses que l'extirpation complète.

Nous voulons surtout donner ici des résultats qui nous paraissent pouvoir se passer de commentaires, mais nous voulons néanmoins prévenir quelques objections en répondant rapidement à trois questions qui se posent dès maintenant :

A. L'excision est-elle rationnelle ?
B. Doit-elle toujours se faire ?
C. Comment doit-elle se faire ?

A. *Elle est rationnelle.* Sans jouer sur les mots, c'est évidemment une expérience faite sur le vivant, mais celle-ci est excusée : 1o Par la possibilité d'un résultat favorable au malade, possibilité indiquée par des observations antérieures; 2o parce que, faite dans certaines conditions, elle ne saurait être nuisible; 3o parce qu'elle constitue enfin un moyen de traitement chirurgical du chancre syphilitique en tant qu'accident local, traitement de choix, ainsi que nous croyons l'avoir démontré dans un travail antérieur.

Elle est encore légitimée par cette opinion, peut-être fausse, mais difficile à abandonner, que le chancre est d'abord un accident local. Ceci ne saurait faire aucun doute, qu'à un certain moment, dont la durée nous est inconnue, la vérole reste localisée au point d'infection : l'observation de Paqvalin en est un exemple. On pourrait dire qu'il y a chancre avant son apparition, c'est-à-dire ulcération imprégnée de virus spécifique avant le chancre lui-même. Détruisez cette ulcération, et la vérole est morte.

Ceci, on le voit, n'est pas en désaccord avec l'idée généralement admise de la généralisation de la vérole au moment de l'éclosion de l'accident primitif, et dans cette hypothèse le problème est réduit alors à la recherche d'une lésion, porte d'entrée d'une « *écorchure* » avant l'apparition d'un chancre confirmé.

Le chancre est apparu. Il y a vérole, disent les uns. Non, l'accident est local, répondent d'autres. La question eût été facile autrefois à éclaircir par l'inoculation d'un chancre syphilitique que l'on eut excisé au moment voulu, soit avant, soit après son apparition. Aujourd'hui que l'inoculation syphilitique n'est plus pratiquée sur l'homme, la question semble devenir insoluble.

Tout au plus peut-on raisonner comme nous serions tentés de le faire, et dire : Si la vérole est généralisée avant l'apparition du chancre, pourquoi le maximum de manifestation primitive se montre-t-il toujours au point infecté, pourquoi l'infection semble-t-elle partir du chancre, passer par les lymphatiques, s'emparer des ganglions et de là seulement rayonner dans l'organisme. Dans cette hypothèse, l'accident est local; il faut le supprimer.

(*A suivre.*)

REVUE D'HYGIÈNE

Suite. — Voir le numéro précédent.

IV. Empoisonnements multiples par de la viande de boucherie. — V. Améliorations a effectuer dans les conditions hygiéniques des prisons du département de la Seine. — VI. Sur un cas de décès par farcin.

IV. Dans les derniers jours d'août et les premiers jours de septembre 1887, des symptômes d'empoisonnement se montrèrent à Middelbourg, chez un assez grand nombre de militaires (250), à la suite de l'ingestion de viande ou de bouillon. On constata en outre, immédiatement, que la garnison n'avait pas seule été atteinte, mais que des habitants de la ville (au nombre de 36) avaient souffert de la même infection et avaient présenté également et soudainement de violents maux d'estomac qu'il n'était pas possible de ranger parmi les affections gastro-intestinales saisonnières. « Les symptômes de la maladie, qui apparaissaient, dit M. Th. Belval (1), chez les uns douze heures, et chez d'autres un à deux jours après l'usage de la viande, étaient les suivants : pesanteur et douleur dans la région stomacale, malaise ou nausées, vomissements, état congestionnel de la tête, diarrhée, mal de ventre, fièvre (température 39o cent), mal de tête, sensation de pesanteur et de faiblesse dans les membres inférieurs, vertiges, somnolence, langue chargée, etc.

Chez quelques convalescents, on a observé une légère dilatation de la pupille. Après quelques jours, les symptômes s'amendaient peu à peu et finissaient par disparaître; chez beaucoup de personnes atteintes, un eczéma fébrile apparut aux lèvres; la sensation d'épuisement et un amaigrissement très prononcé ont prouvé que ces individus, jeunes et pleins de vigueur, avaient été profondément atteints. Il est à noter que, dans les ménages frappés par la maladie, les personnes qui n'avaient pas mangé de viande ou de bouillon furent épargnées. »

L'enquête sanitaire a démontré que les accidents ont été occasionnés par la mise en vente comme viande de boucherie du corps d'une vache qui avait donné naissance à son veau, en campagne, avant terme, et avait été ramenée ensuite à son étable, distante de deux lieues.

Pendant les premiers jours, rien de particulier ne fut observé, si ce n'est un retard dans l'achèvement de la délivrance (9e jour). L'appétit se mit alors à diminuer, ainsi que la sécrétion laiteuse, et l'état devint grave; la faiblesse progressa rapidement, et c'est dans cet état qu'on abattit l'animal. Le corps fut dépecé; on enterra les viscères; on jeta les déchets sur le fumier, et la viande fut vendue pour 15 florins.

On a constaté que les cochons, les chiens et les chats qui mangèrent des débris jetés sur le fumier furent malades et présentèrent les mêmes symptômes que les hommes. La conclusion n'est donc pas douteuse.

V. D'un rapport présenté au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine par M. le docteur Léon Colin (2) sur les conditions des immeubles servant de prisons,

(1) Le Mouvement hygiénique, décembre 1887.
(2) Au nom d'une Commission composée de MM. Lépine, Dujardin-Beaumetz, Goubaux, Bunel, Levraud, et Léon Colin, rapporteur.

il ressort deux conclusions principales : 1o L'insuffisance des immeubles affectés aux prisons civiles du département de la Seine, que ces immeubles soient anciens ou récents ; 2o la nécessité de désaffecter les prisons de Sainte-Pélagie et de Saint-Lazare qui, à part même leur vétusté, n'offrent aucune des conditions requises pour leur destination actuelle.

Cette suppression, qui aurait pour conséquence de surcharger encore, si la chose était possible, l'effectif des autres prisons, a pour corollaire forcé la construction de nouveaux établissements.

La Commission a émis le vœu que ces établissements soient édifiés en dehors de la ville, là où se trouvent les espaces indispensables à leur salubrité, car il y a lieu d'englober les prisons dans ce mouvement actuel de translation, vers la périphérie, de toutes les habitations collectives : pensions, lycées, casernes, hôpitaux.

A ceux qui estimeraient que la catégorie des détenus n'offre pas les mêmes droits au bénéfice d'une installation plus salubre, M. Colin (1) répond qu'il s'agit non seulement de l'hygiène du prisonnier, mais de celle de la cité. Il considérerait même comme nécessaire l'application au moins partielle, mitigée si l'on veut, de cette décentralisation à la population du Dépôt. A l'encontre de cette manière de voir a été constamment introduit un argument qui n'est pas sans valeur : la nécessité d'un rapprochement aussi complet que possible entre les personnes arrêtées et les magistrats chargés de l'instruction. Il s'agit de savoir si ce rapprochement, en vertu duquel le Dépôt continue à fonctionner dans des conditions déplorables, presque impossibles, ne serait pas réalisable par la résidence ou la délégation, sur des points éloignés du Palais de justice, des magistrats de l'instruction. Comme mesure d'une portée moins fondamentale, mais d'une exécution plus immédiatement réalisable, M. Colin a proposé les suivantes : Remplacement de l'eau de Seine non filtrée par de l'eau de source, et, à défaut, de l'eau de rivière filtrée; Eclairage par des appareils placés en dehors des chambres et des cellules. En ce qui concerne les prisons de Saint-Lazare et de Sainte-Pélagie, installation d'appareils d'éclairage dans les galeries, corridors, escaliers, etc. Chauffage de la prison des Jeunes-Détenus dans des conditions analogues à celles de la prison de la Santé. Généralisation à tous les établissements pénitenciers d'appareils de désinfection, soit par le soufre, soit par la chaleur, et installation dans ces divers établissements de lavabos, avec une serviette ou essuie-mains, pour l'usage exclusivement personnel de chaque détenu.

VI. M. Proust, chargé par M. le Préfet de police de faire une enquête sur un cas de décès par farcin, survenu le 29 octobre chez un homme qui était à l'Hôtel-Dieu depuis un mois, a présenté au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine un travail que nous allons résumer (2).

Le 23 septembre 1887 entrait dans le service de M. le docteur Bucquoy un nommé Catey, âgé de 46 ans, porteur de deux abcès, l'un à la cuisse droite, dans l'épaisseur des muscles; l'autre à la jambe gauche, ce dernier sous-cutané. Le malade racontait qu'on lui avait incisé deux autres abcès : à l'aisselle gauche et à la cuisse, du même côté. Le premier avait suivi de près une écorchure de la face dorsale du premier métacarpien gauche, qui remontait à cinq mois (mai 1887); la petite plaie avait suppuré pendant trois semaines, et l'abcès de l'aisselle était apparu avant sa cicatrisation complète.

Le second abcès s'était développé deux mois plus tard ; enfin, les deux derniers dataient de quinze jours. Le malade, très maigre, très affaibli, avait une fièvre intense et une dyspnée que rien n'expliquait. D'ailleurs, rien d'anormal dans les différentes viscères.

En présence de la marche spéciale de ces abcès et de la gravité de l'état général, M. Bucquoy porta, sauf confirmation ultérieure par les inoculations, le diagnostic de *farcin chronique*.

Le 10 octobre, la situation s'était sensiblement aggravée : un des abcès s'était ouvert, donnant issue à du pus rougeâtre et fluide; deux autres s'étaient formés, au vertex et à l'avant-bras gauche. Le malade transpirait abondamment et s'affaiblissait rapidement. On notait une dyspnée persistante, une sputation abondante ; l'absence d'écoulement nasal, l'absence enfin de tout engorgement ganglionnaire.

Le 15 octobre, l'abcès du vertex, incisé trois jours avant, était complètement cicatrisé.

Le 17, nouvelle collection purulente considérable, très douloureuse dans la profondeur de l'avant-bras droit, au voisinage du coude.

Le 22, apparaissait pour la première fois un léger écoulement nasal, supprimé le lendemain, et qui reparut seulement la veille de la mort. Puis la fièvre augmentait ; le malade, affaibli par une diarrhée fétide, conservait cependant l'intégrité de son intelligence.

Le 25 octobre, il succombait après six mois de maladie, dont un mois de séjour à l'hôpital ; l'agonie dura trois heures.

C'était un cas de farcin à marche lente, sans autre manifestation morveuse qu'une ébauche d'écoulement nasal passager.

L'autopsie, pratiquée en présence de MM. Leblanc et Laquerrière, confirmait le diagnostic, en révélant l'existence d'*abcès* musculaires multiples, d'*infarctus cérébraux et spléniques*, enfin et surtout de *nodules pulmonaires*, d'aspect typique. Elle constatait l'intégrité des fosses nasales, et mettait à jour une énorme *ulcération pharyngo-linguale*, non soupçonnée pendant la vie, malgré la sputation continuelle que présentait le malade dans les derniers jours.

Du pus, recueilli par les soins de M. Nocard dans les différents abcès, le 13 et le 25 octobre, fut ensemencé sur plusieurs milieux de culture, et l'inoculation à divers animaux (chiens, lapins, cobayes, âne) confirma le diagnostic.

Ces dernières expériences ont mis en évidence : 1o La grande supériorité de l'âne comme réactif de la virulence morveuse ; 2o les services que peut rendre la culture sur pomme de terre pour assurer le diagnostic dans les cas douteux de morve. Elles semblent aussi établir que, par son passage dans l'organisme de l'homme (au moins dans ce cas), le virus morveux a éprouvé une certaine atténuation, car, à trois reprises, le chien, ce précieux réactif de la morve équine, s'est montré à peu près complètement réfractaire à son inoculation.

L'origine de la maladie de Catey a été facilement retrouvée; il pansait et conduisait toujours le même cheval. Or, cet animal, à l'époque même où son conducteur tombait malade, présentait un léger jetage qui depuis a disparu. L'écurie contenait sept autres chevaux ; trois seraient morts depuis quelque temps : deux de la morve, l'autre de farcin. La maladie morvo-farcineuse sévissait donc dans l'écurie ; restait à fixer l'état du cheval soigné par le nommé Catey. Il a été abattu le 17 octobre et autopsié par MM. Leblanc et Laquerrière, qui ont trouvé *cinq ou six tubercules pulmonaires ressemblant à ceux de la*

(1) ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, mars 1888.

(2) REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE, 1888, p. 12.

morve, mais insuffisants pour permettre d'affirmer l'existence de cette maladie chez ce cheval.

De toutes ces preuves cliniques, anatomiques expérimentales, et de l'enquête hygiénique et administrative, M. Proust a pu conclure que le nommé Catey a succombé à une affection *morvo-farcineuse chronique* contractée au contact d'un ou de plusieurs chevaux morveux, et dont la porte d'entrée a été une plaie à la main gauche.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie.

I. De la désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement, par P. Redard. (*Revue de chirurgie*, 1888, p. 360 et 494.) — II. Résection temporaire ostéo-plastique de la paroi antérieure du bassin, tentée pour mettre à nu la vessie et les organes avoisinants, par le docteur P. Niehans, de Berne. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 29, p. 521.) — III. Sur la résection partielle de la symphise, comme intervention préalable dans les opérations à faire sur la vessie, par le professeur Helferich. (*Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für chirurgie, XVII Congress*, supplément au *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 24.) — IV. Une nouvelle méthode de traitement des ulcérations torpides, par le docteur F. Spaeth. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 14, p. 249.)

I. Après avoir établi par des exemples empruntés à différentes branches de l'art de guérir que les instruments et objets de chirurgie sont une cause fréquente de contamination, de transmission de maladies, M. Redard examine les moyens proposés pour mettre les opérés à l'abri de ce genre de contamination. M. Redard ne s'est pas borné à une simple étude critique des procédés de désinfection proposés par autrui. Il a institué des expériences nombreuses et variées, pour contrôler la valeur de ces moyens de désinfection, pour s'éclairer sur la nature des agents antiseptiques qui conviennent mieux que d'autres dans des circonstances déterminées.

Il serait superflu d'insister sur la grande importance pratique de ces recherches; en voici les principaux résultats sous forme de conclusions, que M. Redard a placées à la fin de son mémoire :

La plupart des procédés proposés pour obtenir la désinfection des instruments et objets de chirurgie sont peu efficaces, peu pratiques.

Le séjour des appareils à désinfecter dans des solutions antiseptiques, surtout dans des solutions phéniquées, ne doit inspirer aucune confiance. Il faut, dans tous les cas, que le contact avec la substance antiseptique *soit très prolongé*. Les aiguilles perforées, les trocarts, les pinces à griffes, les éponges, etc., ne peuvent être stérilisés par ce procédé.

La désinfection par la chaleur est le procédé par excellence :

a) Le flambage, très efficace, ne peut malheureusement s'appliquer à tous les instruments.

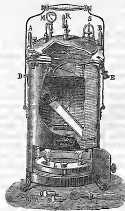
b) L'immersion dans les liquides à haute température n'est efficace qu'à la condition que le liquide employé ait une température d'au moins 110° et que le contact soit prolongé. Les expériences de M. Redard prouvent que les sondes, trocarts, pinces à griffes ne sont stérilisés que par un séjour d'au moins trois quarts d'heure dans un liquide à 110-120°. Dans les mêmes conditions, les lames de bistouri ne sont stérilisées qu'au bout de dix minutes.

Les solutions de chlorure de calcium chimiquement pur, surtout le mélange de chlorure de calcium pur et de glycérine bouillante à 110-120° sont à recommander.

Le séjour pendant quinze à vingt minutes des instruments ou autres objets dans un appareil imaginé par M. Redard, et qui dégage de la vapeur sous pression à 110°, assure une désinfection absolue. Quand la température ne dépasse pas 110°, il n'y a pas à craindre la détérioration des instruments et objets de pansement.

Le fonctionnement de l'appareil est très simple, exempt de danger ; sa surveillance peut être confiée à un infirmier.

Cet appareil est un autoclave analogue à celui employé



depuis longtemps dans les laboratoires pour la stérilisation, mais à la fois plus portatif et de dimensions plus considérables. Il se compose :

1° D'un cylindre en cuivre fort, fermé par un couvercle en bronze, muni de deux poignées en bois A et B et retenu sur le cylindre de cuivre au moyen de six boulons articulés à écrous E, pressant un boudin en caoutchouc. Ce cylindre constitue l'autoclave proprement dit; il a pour dimensions intérieures : diamètre, 0m,18 ; hauteur, 0m,55.

2° D'un manomètre M, portant une double graduation jusqu'à trois atmosphères.

3° D'un robinet R, permettant de chasser l'air ou un excès de vapeur ou d'éviter le vide du refroidissement.

4° D'une soupape de sûreté à ressort S.

5° D'une enveloppe en tôle, sur laquelle repose l'autoclave et dont la poignée D permet le transport de tout l'appareil.

6° D'une lampe à alcool L, à plusieurs mèches, pouvant se fermer à l'aide des bouchons O. Au-dessus, se trouve une plaque de tôle percée de trous correspondant aux axes des

mèches, et destinée à activer le tirage et à préserver la lampe contre le rayonnement de l'autoclave.

7° De denx paniers en toile métallique de différente grandeur, placés dans l'antoclave et destinés à recevoir les instruments et objets à desinfecter.

8° D'une clef F servant à serrer vigoureusement les écrous, après un premier serrage à la main.

II. M. Niehans était depuis longtemps à la recherche d'un procédé opératoire susceptible de fournir un accès plus facile dans la cavité de la vessie, vers la région dn col principalement. Voici comment, à propos d'un cas de fistule vésicale, il a été conduit à réaliser ce *desideratum :*

Partant de ce fait qne les fractures de la branche horizontale ou descendante du pnbis guérissent sans difficulté, tenant compte aussi de ce que, dans un cas de lnxation de l'articulation sacro-iliaqne avec dislocation considérahle des snrfaces articnlaires, la guérison avait été obtenue dans des conditions trèe satisfaisantes de rétablissement fonctionnel, M. Niehans a eu l'idée de pratiqner la résection ostéoplastique temporaire d'une partie de la paroi antérieure du bassin; la tentative a parfaitement rénssi. Le manuel opératoire est décrit dans les termes suivants par l'auteur :

Incision verticale des parties molles, le long de la ligne blanche jusqu'à la symphise, contournant la racine du pénis et se poureuivant, d'un seul côté, dans le sillon compris entre la cuisse et le périnée, jusque vers le milieu de la hranche horizontale de l'ischion. Dans l'angle inférieur de cette incision, le périoste est fendu sur la face antérieure de l'os; on le soulève ensuite avec un élévateur ntilisé comme levier. Section de l'oe avec le ciseau. Petite incision au-devant de la branche horizontale du pubie, cotoyant le bord interne de la veine crurale; section du muscle pectiné et du périoste sur la face supérieure et antérieure de la branche descendante du pubis, soulèvement dn périoste et section de l'os avec le ciseau. On divise ensuite la symphise avec l'instrument tranchant et le ciseau; on détache les parties molles de la face interne de la branche descendante de l'os, jusqu'au siege de la résection, et anssi près que possible de l'os. On introduit deux doigts derrière la symphise — à ce niveau, la vessie n'anhérant que par l'intermédiaire d'un tissn cellnlaire très lâche, se laisse facilement refouler — et on attire la moitié correspondante de la symphise du bassin en avant et en dehore. Le diaphragme uro génital se trouve ainsi tendu, et il devient facile de le détacher, eans avoir à craindre de léser les vaisseaux et les nerfs de la région (veine dorsale du pénis, ramifications de l'artère et de la veine honteuses communes, des nerfs homonymes. On détache de même, tout près de l'os, le corps caverneux et le muscle ischio-caverneux, et on continue de tirer sur le fragment ostéo-plastique.

Lorsque l'incision verticale ne se prête pas à une ouverture suffisante, on la complète par une incision horizontale tracée le long et immédiatement au-dessus dn ligament de Ponpart. Chez la femme, le ligament rond sera compris dans l'incision, ce qui n'a pas d'inconvénient. Chez l'homme, le cordon se présente au fond de la plaie, qu'il croise obliquement; on attire le testicule avec précaution hors des bourses et, avec le cordon, on le fixe en place à l'extérieur de la plaie, après avoir enveloppé le tout d'un linge aseptique.

On a ainsi mie à jour toute une moitié de la vessie, le col et la portion initiale de l'urèthre, la prostate, etc., vers lesqnels s'offre l'accèe le plus commode.

Chez la femme, on a sous la main la paroi postérieure du vagin, la vessie et son fond, le segment inférieur de l'ntérus, au-devant dnqnel passe l'uretère. Si maintenant on incise la paroi de la vessie, on pent fouiller dn regard toute la face interne de cet organe creux; on tronve notamment un accès facile vers le bas-fond, dans les cas d'hypertrophie de la prostate, vers l'orifice interne de l'uréthre et, après incision de cette ouverture, vers la portion prostatique dn canal. Des sutures penvent être appliqnées sur les lèvres de la plaie vésicale, avec une très grande exactitude; le drainage pent être institné dans les meilleures conditions. Suivant la nature de l'opération à pratiqner dans ou sur la vessie, le fragment ostéo-plastiqne sera remis en place immédiatement après, ou senlement an bont de qnelqnes jours; la symphise sera immobilisée, au moyen de fil d'argent, on an moyen d'nn tour de bande qui comprime fortement le bassin. Le péritoine n'est pas tonché.

Après avoir énuméré les avantages de cette tentative opératoire, l'auteur donne une relation concise dn cae qui lui a fourni l'occasion d'expérimenter ce nonvel et andacieux procédé. Le malade, qnoique faible et amaigri, supporta bien l'épreuve et fut en même temps débarrassé de sa fistule vésicale.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Sur la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme, par le docteur Armand Lefèvre.

M. le docteur Armand Lefèvre, ancien interne des hôpitaux de Paris, a écrit sur « la tuberculoee par inoculation cntanée chez l'homme » un excellent travail.

Dans un premier chapitre, l'auteur expose l'historique de la tnberculose et résume les étapes qu'elle a dû parcourir depuis Laënnec jusqu'à la découverte de Koch en 1882. Il montre comment l'unité de la tnberculose et son *inoculabilité* par la peau sont issues des travaux de Villemin, Grancher, Brissand, Schüppel, etc.

Le chapitre II est consacré à l'exposé des observations qui prouvent l'inoculabilité de la tuberculose. Ces observations sont pour la plupart empruntées à des anteurs français ou étrangers. Quelques-nnes sont personnelles à l'auteur.

M. Lefèvre étudie ensuite le mécanisme de l'inoculation.

Cette inoculation peut être immédiate on médiate. Immédiate quand, entre le moment où est faite la bleseure qui servira de porte d'entrée à la contamination, s'écoule un temps nul, exemple : piqûres anatomiques; médiate, quand il s'écoule un certain temps entre ces deux facteurs et que le troisième facteur qui vient infecter l'économie n'a aucun rapport avec le premier, exemple : un enfant a un eczéma ulcéré, on le lave avec du lait de vache tuberculeuse.

Au point de vue du siége des lésione tuberculeuses par inoculation cutanée, la main est le plus fréqnemment atteinte.

L'auteur étudie ensuite la dnrée de l'inoculation.

Cette durée est variable. Elle oscille entre quatre jours et deux mois. Mais l'affection ne prend un aspect particulier qu'après huit ou quinze jours.

La lésion revêt la forme d'un tubercule anatomique, le plus souvent; quelquefois, elle présente un aspect papillomateux avec induration et croûtelle recouvrant l'ulcération. Cette dernière, dont l'évolution est très lente (onze mois à un an), est presque constamment indolore. La lésion peut en rester là; mais le plus souvent une lymphangite se déclare, et les ganglions situés dans le voisinage du tubercule primitif se prennent. On a alors des adénites. Indépendamment de la voie lymphatique, les gaines tendineuses peuvent aussi transmettre la lésion. M. Lefèvre en cite plusieurs cas. Mais l'inflammation des lymphatiques et des gaines tendineuses n'existe pas toujours, et entre les abcès tuberculeux du début et l'adénite qui leur est consécutive, il n'y a quelquefois aucune étape de la maladie.

La maladie dit M. Lefèvre, peut s'arrêter à l'adénite, très souvent elle se complique; mais la complication étant lente à produire, l'extirpation de la tumeur peut arrêter tout processus morbide ultérieur. Comme complications, on voit survenir des abcès des os, des abcès froids, la méningite tuberculeuse, et surtout la tuberculose pulmonaire, dont l'auteur cite plusieurs observations empruntées à M. Merklen et à M. Martin du Magny.

M. Lefèvre termine le second chapitre en citant les observations de Villemin et de Colin sur les inoculations chez le chien et le lapin. Il montre l'analogie qui existe entre l'évolution de la tuberculose cutanée chez l'homme et chez ces animaux.

Le chapitre III est consacré à l'étude des formes de la tuberculose inoculée. C'est: 1° Le tubercule anatomique dont M. Lefèvre décrit la forme et la marche et qu'il assimile, en s'appuyant sur plusieurs observations, à la tuberculore verruqueuse et au lupus scléreux; 2° les gommes scrofulo-tuberculeuses; 3° les ulcérations tuberculeuses. Contrairement à *M. Vallus*, qui fait des ulcérations tuberculeuses une manifestation toujours secondaire, l'auteur, s'appuyant sur une observation de M. Hanot, est porté à conclure que les ulcérations tuberculeuses peuvent marquer la lésion primitive de la tuberculose; 4° le lupus. Ici M. Lefèvre s'étend sur les recherches anatomo-pathologiques qui, tant en France qu'à l'étranger, montrent clairement son origine tuberculeuse. L'examen histologique y a en effet démontré des nodules types, des bacilles de Koch.

Reste à savoir maintenant si le lupus peut être produit par des microbes venant du dehors. L'auteur penche pour l'affirmative, devant le siège de la lésion, siège situé au visage, aux joues, aux endroits, en un mot, où une égratignure se produit facilement et où rien n'empêche l'accès des bacilles venant de l'extérieur.

De sorte que le lupus est non seulement un processus tuberculeux, mais on peut le considérer comme un nouveau mode d'inoculation cutanée de la tuberculose.

Le pronostic des tuberculoses cutanées est généralement bénin, mais il peut se trouver des cas où la maladie se généralise vite et envahit très rapidement l'organisme. Cette bénignité relative peut s'expliquer par le peu de bacilles qu'elles renferment et leur siège à la périphérie, qui est une cause constante de refroidissement.

Enfin le chapitre IV est consacré par M. Lefèvre à la prophylaxie des tuberculoses cutanées. Il recommande la plus grande antisepsie dans le pansement des plaies, soit accidentelles, soit chirurgicales, et se basant sur les recherches du docteur Fritz Schmidt, d'Augsbourg, de Lothar Meyer, de Strauss, de Josserand et de Chanveau, il termine en disant que la vaccination ne peut pas transmettre la tuberculose.

Comme traitement, M. Lefèvre recommande l'ablation totale du foyer tuberculeux par la curette ou le bistouri, selon la forme de la lésion: l'injection iodoformée dans le cas de ramollissement, et enfin l'amputation si l'affection a atteint le tissu osseux. Il condamne la scarification, qui ne fait qu'ouvrir les portes à l'absorption, et n'enlevant rien, laisse les tissus morbides à leur contact.

AUCLAIR.

NOTES & INFORMATIONS

INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — A la suite des avis exprimés par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Conseil d'Etat a été saisi, dans le courant du mois d'avril dernier, d'un projet de décret modifiant l'ordonnance du 18 juin 1823 sur l'inspection des sources et établissements d'eaux minérales, ainsi que le décret du 28 janvier 1880.

Le projet en question avait pour objet de modifier l'organisation de l'inspection actuelle et de la scinder en deux services distincts:

1° Le service des indigents qui aurait été confié à des médecins élus par leurs confrères dans les stations comptant plus de cinq médecins et nommés par le Ministre dans les stations moins importantes:

2° Le service de l'inspection proprement dite qui aurait été confiée aux conseils départementaux d'hygiène ou à des délégations prises dans leur sein.

A la suite d'une longue discussion, le Conseil d'Etat a émis un avis défavorable, en se fondant sur les raisons suivantes:

a) Les reproches qui ont pu être adressés à l'inspection actuelle tiennent, non pas à son organisation en elle-même, mais à l'insuffisance de son fonctionnement.

b) Dans le projet nouveau, l'inspection, au lieu d'être individuelle, permanente et locale, est de consacrer ainsi, en cas de négligence, une responsabilité précise et facile à mettre en cause, ne serait plus que collective, périodique et placée loin des établissements à surveiller, c'est-à-dire illusoire.

c) Les membres du Conseil d'hygiène n'étant pas rétribués, il serait difficile d'obtenir de leur part une surveillance active et vraiment efficace.

d) Le Conseil d'Etat a craint également que les médecins auxquels on confierait le service des indigents n'ayant plus le titre de médecins inspecteurs, et ne trouvant plus dans les avantages et la considération qui s'attachent à ce titre une compensation aux charges et obligations résultant pour eux du temps et des soins gratuits qu'ils doivent donner aux malades pauvres, il ne se produisit des défaillances et que le service des indigents n'eût bientôt à en souffrir.

Dans ces conditions, le Conseil d'Etat, tout en reconnaissant que l'organisation actuelle pouvait laisser à désirer sur certains points, a pensé qu'elle était encore supérieure au système proposé et il a rejeté, en conséquence, le projet soumis à son examen. Les choses restent donc jusqu'à nouvel ordre dans le *statu quo*.

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois de juin dernier, 148 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre:

27 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement;

99 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire;

22 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Personnes traitées mortes de rage : Olin (Eugène), trente-six ans, charcutier à Paris. Mordu le 23 avril, par son chien, à la main droite sur la face dorsale. Deux morsures dont une profonde, qui a bien saigné. Au pouce droit, sept morsures ayant saigné. Deux sont très profondes. Les plaies sont cautérisées à l'alcool et à l'eau phéniquée chez un pharmacien, une demi-heure après la morsure. Le 26 avril, les plaies sont encore béantes, sans aucune trace d'eschares.

Le chien mordeur a été reconnu enragé par M. Bourrel, vétérinaire, qui l'a vu vivant. Ce chien avait été mordu, quelques semaines avant, par un chien reconnu enragé et qui appartenait à un voisin.

Olin a été traité du 26 avril au 12 mai. Il a éprouvé des douleurs dans le bras droit à la fin de mai ; pris de rage le 11 juin ; mort le 17 juin à la maison municipale de santé.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fieuzal, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts.

Hôpitaux de Paris. — Pendant les vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, seront remplacés dans leur service hospitalier par MM. les agrégés ci-dessous désignés :

Hôtel-Dieu : MM. les professeurs Panas et Richet par M. le docteur Campenon.

Hôpital de la Charité : M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segon.

Hôpital de la Pitié : M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Chauffard ; M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier.

Hôpital Necker : M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet ; M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson.

Hôpital des Enfants-Malades : M le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel.

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier par M. le docteur Quinquaud.

Hôpital de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot, par M. le docteur Brissaud.

— Conformément à l'avis du Comité consultatif des épizooties, sur l'utilité et l'urgence des mesures à prendre en ce qui concerne ces maladies, le ministre de l'agriculture a pris, en date du 28 juillet, un arrêté par lequel le charbon (sang de rate, fièvre charbonneuse) et charbon symptomatique, la tuberculose, le rouget et la pneumo-entérite infectieuse, sont ajoutés à la nomenclature des maladies contagieuses, conformément à l'article 2 de la loi sur la police sanitaire des animaux.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret du 25 juillet, deux nouvelles places d'agrégés seront mises au concours l'année prochaine, ce qui porte le nombre des places de 29 à 31. Ces deux places seront comprises dans la section de chirurgie (pathologie externe) et réservées aux Facultés de Bordeaux et de Lyon.

Faculté de médecine de Lille. — M. Morelle, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté.

— M. Doumer, agrégé, chargé d'un cours de physique à la Faculté de médecine de Lille, est maintenu, en outre, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de physique à ladite Faculté pendant l'année scolaire 1888-1889.

Faculté de médecine de Beyrouth. — M. le docteur Hache vient d'être nommé par le gouvernement français professeur de pathologie et de clinique externe à la Faculté de médecine de Beyrouth.

École de médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 15 février 1889 à la Faculté de médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Limoges. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Corps de santé militaire. — Ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 2e classe : 1er corps d'armée, MM. Manouvriez et Martel ; 6e corps d'armée, MM. de Cours et Boyé ; 11e corps d'armée, MM. Lerat, Rouxeau, Josso et Touaille, 17e corps d'armée, M. Cadène.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Poirson.

Corps de santé de la marine. — A été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de 2e classe : M. Hutre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Maurel. De l'épithélioma vulvaire. — M. Gache. Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la termo-cautérisation. — M. Benéjac. De quelques phénomènes observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. — M. Delplanque. De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques. — M. Fugairon. Topographie médicale du canton d'Ax. — M. Linn. De l'habitude et de ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique.

M. Patron. Contribution à l'étude de la récidive des sarcomes des membres. — M. Seigneur. La dentition pendant les deux premières années. — M. Goulez. Du traitement des tumeurs érectiles par l'excision partielle. — M. Boulland. Du zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé. — M. Mercier. De la colite chronique. — M. Marty. Lupus du larynx.

M. Yovanovitch. Entomologie appliquée à la médecine légale. — M. Scialon. Des vergetures du thorax. — M. Luquet. Contribution à l'étude des corps jaunes. — M. Penasse. Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie. — M. Lancial. Strombose des sinus veineux de la dure-mère. — M. Arragon. Documents relatifs à la fièvre jaune.

M. Leroux. Contribution à l'étude du zona chez les tuberculeux. — M. Battle. Diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire commune. — M. Pavlidès. Arthropathie tabétique du pied. — M. Furet. Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

50. M. Méneau. Contribution à l'étude clinique du processus tuberculeux. — 51. M. Gautier. Contribution à l'ostéoclasie. — 52. M. Angis. De l'instillation de nitrate d'argent dans les affections de l'urèthre et de la vessie de nature blennorrhagique. — 53. M. Porée. Étude analytique des symptômes de la dysenterie

aiguë. — 54. M. Mauzin. De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille. — 55. M. Buisson. Contribution à l'étude des fonctions du ligament rond de l'articulation coxo-fémorale.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 JUILLET 1888.

Fièvre typhoïde 17.—Variole 4 — Rougeole 22.— Scarlatine 4. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 22 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 171.— Antres tuberculoses 20. — Tumeurs : Cancéreuses 39. — Autres 6. — Méningite 40. — Congestion et hémorr. cérébrales 44. — Paralysie 4.— Ramollissement cérébral 9.— Maladies organiques du cœur 61.— Bronchite aiguë 5. — Bronchite chronique 23. — Broncho-pneumonie 10.— Pneumonie 24. — Gastro-entérite : Sein 15. — Biberon 55. — Autres 3. — Fièvre et périt. puerpérales 7. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 28. — Sénilité 9. — Suicides 17. — Autres morts violentes 7. — Autres causes de mort 142. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine: 824 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Scènes de la vie médicale, par Jules Cyr, médecin-inspecteur adjoint à Vichy. Un volume in-16 de 300 pages. — Prix : 3 fr. 50.— Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées. — Uréthrotomie interne, par le docteur Reliquet. Une brochure de 13 pages.—Prix : 50 centimes.—Paris, librairie Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des maladies infectieuses aiguës et chroniques.—Considérations générales sur la nature, les causes et le traitement de ces maladies. Rapports des maladies infectieuses entre elles, par le docteur Jules Jasiewicz.—Imprimerie Victor-Eugène Gauthier et Cie, 27, avenue de la Gare, à Nice.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance de la commission d'hygiène hippique et publié par ordre du Ministre de la Guerre, 2e série, t. XII. Un volume in-8° de 500 pages avec une planche hors texte —Paris, librairie militaire de L. Baudoin et Cie, 30, rue et passage Dauphine.

Les nouvelles institutions de bienfaisance. — Les dispensaires pour enfants malades. — L'hospice crural, par le docteur A. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. Un volume in-16 de 255 pages, avec 10 plans. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8° de 110 pages.—Prix: 2 fr.50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE ;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS PAR L'EXCISION DU CHANCRE, par M. PAUL THIÉRY, aide d'anatomie de la Faculté.

Suite. — Voir le numéro précédent.

B. Doit-elle toujours se faire ? Il peut paraître évident dès maintenant que la question est trop peu élucidée pour que le chirurgien puisse se permettre d'opérer son malade lorsqu'il n'en peut retirer aucun bénéfice, au moins immédiat, ne fût-ce que celui de la guérison du chancre en tant que tumeur locale.

Aussi n'est-ce qu'après avoir bien montré à nos malades les hasards de l'expérience, après avoir mis devant eux en balance les bienfaits bien qu'improbables d'un succès et la bénignité de l'opération, en un mot avoir obtenu leur assentiment et nous être assurés que leur volonté formelle ne serait pas démentie par eux après l'échec que nous avons procédé à l'excision.

Il est presque inutile de dire que nous avons suivi ici les préceptes que nous avons formulé ailleurs en ce qui concerne l'excision, principalement en ce qui a rapport à la forme, à l'étendue, au siège de l'ulcère spécifique. D'ailleurs, un certain nombre des observations que nous allons rapporter figure déjà, quoique envisagées à un point de vue tout autre, dans notre précédent mémoire.

Ici cependant vient se placer une question spéciale : Peut-on et doit-on opérer avec quelque chance de succès, lorsqu'il existe déjà de l'adénopathie polyganglionnaire? Après les essais infructueux que nous publions plus loin, nous ne le pensons pas aujourd'hui ; c'est aussi l'opinion de M. Morel-Lavallée.

Néanmoins, nos premières expériences ont porté sur deux sujets qui présentaient des ganglions : l'indication n'était pas douteuse. Il fallait, ou ne rien faire, ou supprimer les ganglions avec le chancre.

La méthode est un peu hardie et aujourd'hui, après échec, nous ne saurions la conseiller, puisqu'elle n'était qu'un essai et que son excuse eût été, dans notre pensée, l'abortion de la syphilis.

Les auteurs sont muets à ce sujet, et si nous avons vu mentionner souvent, antérieurement à nos expériences, l'excision du chancre, nous ne trouvons point mention de l'excision des ganglions. Cependant M. Lavallée l'indique dans son article ; nous regrettons de n'en point connaître la source bibliographique.

Notre première opération remonte au 7 septembre 1886, et ce n'est qu'en avril 1888 que nous voyons Neumann publier à la Société império-royale de Vienne le cas d'un malade qu'il opéra d'un chancre apparu trente et un jours après l'infection.

FEUILLETON

UN MÉDECIN NATURALISTE EN PROVINCE, LÉON DUFOUR.

Suite et fin. — Voir les numéros 13, 14, 19, 21 et 31.

On a pu voir déjà combien Dufour se déplaçait facilement. Et cependant nous n'avons pas tout dit. Car, à l'exemple de Dufour lui-même, qui a mis dans un chapitre à part, le dernier de son livre, la relation de ses voyages à Paris, nous avons réservé pour la fin de cette longue liste de vagabondages, l'énumération de ses huit excursions parisiennes, de 1818 jusqu'à sa mort.

En 1818, il va revoir surtout ses anciens maîtres et ses amis d'étude.

En 1830, il y revient pour offrir à l'Institut ses *Recherches anatomiques sur les Hémiptères.*

En 1835, ce fut pour présenter à l'Institut, pour le concours Montyon, *l'Anatomie des Orthoptères, Hyménoptères et Névroptères,* que Dufour entreprit son troisième voyage. Cuvier et Latreille étaient morts. Le général Bugeaud lui ménagea une entrevue avec Louis-Philippe, avec Thiers et avec Guizot.

En 1838, nouveau voyage à Paris pour arriver, moyennant des coupures et des suppressions de planches, à faire paraître le mémoire apporté trois ans avant ; car l'Académie des sciences, qui en avait promis l'impression, reculait devant les frais trop élevés de cette publication. Il assista au concours pour la chaire de chimie organique à l'Ecole de médecine ; les deux concurrents étaient Dumas (de l'Institut) et Bussy de l'Académie de médecine ; il eut aussi occasion de voir le héros du jour, le lieutenant-colonel de spahis, Yusuf, arrivé à Paris depuis quelques jours.

En 1842, son cinquième voyage à Paris avait pour but de présenter à l'Académie des sciences ses *Recherches anatomiques et physiologiques sur les Diptères.*

Trois ans et demi plus tard, au mois de novembre 1845, il y revint pour conduire ses deux fils et son jeune élève en entomologie, Alexandre Laboulbène, trois bacheliers de fraîche date, et les installer étudiants en médecine. Jusqu'à Orléans, on voyagea en diligence. Mais la fin du voyage se fit en chemin de fer, chose alors toute nouvelle.

Six ganglions engorgés furent également extirpés. Cinquante-trois jours après, il y eut syphilide maculeuse disséminée et papules de l'abdomen. Quelques jours avant d'être présenté à la Société, le malade était revenu voir son opérateur : il présentait alors une orchite gommeuse, des lésions syphilitiques de la paroi postérieure du pharynx, une gomme du palais et de la périostite du tibia ! ! ! Neumann ne nous éclaire pas sur la situation sociale et les habitudes hygiéniques de son malade, et cela est regrettable, car ce fait vient en contradiction formelle avec ceux où l'atténuation de la maladie par l'excision paraissait indiquée.

Quoi qu'il en soit, nous devons le noter dès à présent, voici un cas authentique où l'excision du chancre, même suivie de l'ablation des ganglions, n'a donné aucun résultat positif. Nos conclusions concordent avec celles de Neumann, et nous regardons dès maintenant la présence des ganglions comme une contre-indication formelle de l'excision.

C. Comment doit-elle se faire ? A cette question, nous avons déjà répondu par un travail antérieur où nous avons prouvé non seulement la bénignité, mais même les résultats absolument favorables de ce traitement du syphilome primitif, de beaucoup préférable au long et inefficace traitement par les topiques.

Un seul point devra nous arrêter, c'est celui qui a rapport à l'assertion de Delpech ; pour lui, non seulement l'excision est suivie d'échec, mais cet échec est annoncé par un phénomène précurseur, l'induration de la cicatrice du chancre excisé. Mauriac cite des cas analogues et semble attribuer une grande valeur à cette induration.

Or, nous nous rallions complètement à son opinion : si l'induration apparaît, il y a véritable récidive ; mais cela ne prouve qu'une chose, c'est que l'ablation a été timide, incomplète. M. Mauriac ne semble pas avoir cherché la réunion par première intention, et il y a peut-être là une cause d'échec.

Pour nous, nous n'avons pas hésité à pratiquer l'ablation largement, généreusement pourrait-on dire. Nous avons toujours recherché et obtenu la réunion par première intention, absolue, sans production de la moindre goutte de pus, et dans ces conditions, même sur des malades revus longtemps après l'opération, même sur ceux qui ont présenté des accidents secondaires, nous n'avons point vu se produire l'infiltration syphilomateuse de la cicatrice.

Nous pouvons maintenant formuler le desideratum nécessaire pour constituer une expérience irréprochable. Sujet de bonne santé habituelle, chancre jeune, aussi récent que possible, partant peu étendu, de situation favorable à l'opération, d'un diagnostic facile et sûr (contrôlé au besoin par l'opération, et nous reviendrons sur ce point), absence de tout autre phénomène spécifique concomitant, adénopathie principalement, excision large, précautions minutieuses d'antisepsie, réunion parfaite. Telles sont les conditions immédiates d'une opération pratiquée dans des circonstances de choix.

Ajoutons une observation complète prise avec soin, avec dessins à l'appui au besoin, et continuée pendant un laps de temps assez étendu, et nous serons alors en droit de trancher une question aussi délicate (1).

Après cet exposé, on pouvait s'attendre à ce que nous nous soyions conformés à toutes ces indications. Dans la pratique, il n'en peut être ainsi, pour plusieurs raisons. Nous avons cherché, par une patiente observation, à nous rapprocher du maximum de certitude sans l'avoir atteint. Il est excessivement rare d'être appelé à soigner un malade dès l'apparition de son chancre ; en second lieu, le malade opéré ne revient pas voir son opérateur s'il survient des accidents secondaires et va se livrer aux mains de médecins spécialistes dont les dépuratifs satisfont mieux son ignorance qu'une sage expectation.

C'est pourquoi (et cette remarque a son intérêt) nous avons saisi avec empressement l'occasion d'opérer les malades intelligents capables de comprendre la situation et de s'intéresser à l'expérience. Les cas n'en sont pas absolument rares, et comme l'a fait M. Mauriac, nous avons eu la bonne fortune d'opérer quelques étudiants en médecine qui se sont confiés à nous pendant l'année 1886.

De plus, nous avons pris exactement les noms et les adresses de nos opérés, et grâce à une correspondance laborieuse, comme bien on peut le penser, nous sommes arrivés à revoir

(1) Ce passage était écrit quand parut l'article de M. Lavallée. Nous avions omis de parler de la confrontation ; pour les autres points, nous sommes heureux de nous être trouvé d'accord avec lui.

Ce ne fut que treize ans plus tard, en 1858, que Dufour exécuta un septième voyage à Paris. Il venait présenter à l'Académie des sciences son travail sur *l'Anatomie et l'histoire naturelle des Galéodes*. Son fils Gustave, alors aide-major au 1er régiment de cuirassiers de la garde impériale, l'y attendait.

« Quelle transformation de mon Paris du commencement du siècle ! nous dit Dufour. La place du Carrousel achevée avec les quatre pavillons qui complètent aussi le Louvre, et un square dissimulant le défaut de parallélisme des deux grands palais ; la belle tour Saint-Jacques avec son square, révélation d'un des monuments de la vieille capitale, etc. »

Enfin, en 1864, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, Dufour fit son dernier voyage à Paris. Il désirait présenter à l'Académie des sciences *l'Anatomie des Lépidoptères*. Il voulait aussi se retrouver au sein de la Société entomologique pour inaugurer le fauteuil présidentiel honoraire qui lui avait été décerné quatre ans avant, après la mort de son ami Duméril.

Comme avec un regain de jeunesse, guidé par son jeune ami Laboulbène, il va partout, durant ces trente jours : au bois de Boulogne, aux réunions scientifiques (Société entomologique, Société botanique, Académie de médecine, Académie des sciences). Il va même six fois au théâtre ; sans compter les excursions *extra-muros* (Jardin d'acclimatation, Saint-Germain-en-Laye, etc.). Enfin, le 14 juillet, « par un temps magnifique », Dufour quittait « avec plaisir le tumulte de la capitale » pour regagner ses paisibles pénates, dont il ne devait plus s'éloigner.

VI. — Mort de Léon Dufour. — Appréciation générale de son caractère.

Léon Dufour mourut à Saint-Sever, le 18 avril 1865, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans et une semaine.

« Peu de jours avant sa mort, qu'il pressentait, lisons-nous à la suite de son journal, avec toute la sérénité du philosophe et du chrétien, nous étions réunis à son chevet, ses deux fils et un confrère de la ville, il nous dit avec calme : « Je vais vous faire une « confidence. » Il prit successivement la main de chacun de nous et, après l'avoir placée sur sa région épigastrique, qui était le siége de battements très intenses, il ajouta ces simples mots, qu'il prononça comme un ordre : « *Vous savez ce que j'ai, ne m'en*

quatre et cinq fois les mêmes opérés ou à suivre en province ceux que leurs occupations ont éloigné de Paris.

Ce sont ces observations, très résumées et réduites à leurs points essentiels que nous publions aujourd'hui. Elles proviennent soit du service de notre cher maître, M. Humbert, suppléé par M. Bazy, avec lequel nous avons opéré quelques malades, soit des cas personnels que nous avons pu recueillir sur des étudiants en médecine qui ont bien voulu tenter une chance de salut.

Observation I. (Opération par M. Bazy). Observation personnelle. — P. L..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle 1, n° 14, le 7 septemdre 1886. Il présente un chancre syphilitique très net au niveau de la face dorsale du reflet balano-préputiel. Ce chancre est survenu dix jours après le coït suspect, nous dit le malade (?) Il ne peut indiquer exactement l'époque de son début, mais il y a dix jours il avait le volume d'une lentille.

Actuellement, il offre un diamètre de 10 m/m pour la surface ulcérée et de 20 m/m, si l'on comprend la large base cartilagineuse et indurée sur laquelle il repose; les produits de raclage du chancre présententnéanmoins des fibres élastiques. En même temps il y a adénopathie caractérisée à droite par la présence de trois ganglions, le plus volumineux ayant le volume d'une noisette. A gauche, il n'existe qu'un ganglion horizontal, dur, roulant sous le doigt, de 20 m/m de grand diamètre.

Opération par M. Bazy le 7 septembre. — Anesthésie chloroformique. Tous les instruments sont soigneusement phéniqués et stérilisés à la lampe. Excision large du chancre qui nécessite cinq ou six points de suture au crin de Florence. Ablation de 3 ganglions, dont 2 adhérents l'un à l'autre dans l'aine droite; extirpation d'un ganglion dans l'aine gauche, le tout à l'aide de deux incisions de 4 cent. environ, perpendiculaire au pli de l'aine correspondant. Pansement iodoformé, ouaté et compressif.

Le 11 septembre, on enlève tous les points de suture; la plaie de la verge paraît réunie. Les plaies inguinalesne sont pasréunies superficiellement, à cause de la traction exercée sur la peau par des mouvements intempestifs, mais l'adhésion des parties profondes existe.

Le 14 septembre, la cicatrisation est complète à gauche, mais au-dessous de la cicatrice il semble qu'il y ait apparition de deux nouveaux ganglions horizontaux indurés.

A droite, la plaie a un peu suppurée. Empâtement au-dessous de la cicatrice; quelques ganglions horizontaux volumineux.

Le malade s'est levé malgré nous, et la plaie inguinale droite est un peu désunie.

Le 25, le malade va et vient dans l'hôpital.

Il sort sans aucun accident local ou général le 29.

L'observation a été suivie, et nous avons revu le malade à plusieurs reprises.

Le 15 octobre, syphilides crustacées du cuir chevelu.

Le 29 novembre, il vient nous trouver spontanément, et présente une roséole papuleuse très discrète et des plaques de la gorge.

Le 3 janvier 1887, plaques muqueuses des amygdales; rien ailleurs.

Aujourd'hui, 22 juin 1888, le malade vient encore nous revoir sur notre demande; il nous indique la marche de la maladie pendant la longue période durant laquelle nous l'avons perdu de vue.

A aucun moment, il n'y a eu induration de la cicatrice. A plusieurs reprises, le scrotum « a été sensible » (plaques ?)

Au printemps 1887, il s'est aperçu d'une éruption croûteuse du cuir chevelu. Les cheveux ne sont pas tombés.

Glossite pendant l'hiver 1887. Pas de plaques anales, de céphalée, de douleurs ostéoscopes, de périostite.

Depuis sa sortie de l'hôpital (29 septembre 1886), il a pris environ 1,000 pilules de proto-iodure (0 gr. 3) à raison de 4 par jour, avec alternatives de repos. Il les a uriné depuis deux mois.

La glossite persistant, il est retourné au Midi il y a six semaines. Sur les conseils de M. Humbert, il prend de l'iodure (2 gr. par jour) depuis huit jours.

Actuellement, il ne présente aucune autre lésion que la glossite.

La cicatrice du chancre excisé est un peu apparente, ce qui résulte du siége même de la lésion.

La cicatrice des plaies inguinales est presque nulle à gauche; elle est peu apparente et déprimée à droite.

L'état général est bon.

Obs. II. (Opération personnelle).—D. M..., étudiant en médecine, âgé de 25 ans environ, vient nous consulter le 30 décembre 1887. Ce malade, instruit et soigneux de sa personne, s'est aperçu depuis dix jours d'une érosion située au niveau du raphé médian, à la face inférieure de la verge; il a eu vers le 12 décembre des rapports avec une femme qui, sans être syphilitique, nous dit-il, aurait eu elle-même des rapports avec un syphilitique qu'il connaît, quarante-cinq jours auparavant.

L'érosion est aplatie, sèche, non douloureuse, sans bords, rouge foncé, d'un diamètre maximum de 8 à 9 m/m. Il ne présente pas d'adénopathie, sauf un ganglion moyen siégeant au niveau de l'aine gauche et que le malade dit avoir toujours remarqué.

Le 30 décembre, je pratique l'excision large du chancre et pose 3 serres-fines. Pansement iodoformé. Le soir, le malade fait une longue marche et va même au théâtre. Le lendemain, je supprime

---

« *parlez plus.* » Dans sa dernière semaine, il descendit plusieurs fois dans son jardin pour revoir les fleurs naissantes de son parterre, pour écouter le chant printanier des oiseaux et le bourdonnement des insectes butinant sur les fraîches corolles; c'était son adieu à la nature. »

Il fut subitement enlevé par suite de la rupture de cette tumeur artérielle, de cet anévrysme, dont il n'avait pas fait plus tôt la confidence à ses fils, parce qu'il avait voulu revenir octogénaire au sommet du pic du Midi et aux rives de la Seine.

Ainsi se termina cette vie toute consacrée à l'étude de la science et à la pratique de la médecine. Et ne peut-on pas, avec Lafontaine, dire de cette vieillesse qui s'achève honorée et heureuse au milieu de tout ce qu'on aime et à côté de ceux qui vous aiment :

Rien ne trouble sa fin. C'est le soir d'un beau jour?

Léon Dufour semble avoir possédé l'esprit d'observation inné. Peut-être le tenait-il de sa mère autant que de son père. Sa mère qui, à quatre-vingt-un ans, agonisante, disait au prêtre qui lui administrait l'Extrême-Onction : « Curé, vos saintes huiles sentent le rance ! » (Page 278.)

Sa sœur mourut aussi à un âge avancé, à quatre-vingts ans.

Bien que son père fut très calme et sa mère très-vive, le ménage n'en était pas moins très uni. Léon Dufour nous apparaît comme ayant su allier dans son caractère, au calme et à la patience de l'observateur, la vivacité du chercheur et la plus chaleureuse passion pour la science. C'est ainsi qu'on peut retrouver en lui à la fois l'influence paternelle et le cachet maternel.

Il avait aussi le sentiment du patriotisme développé à un haut degré. Il le poussait jusqu'à l'orgueil du clocher, ainsi qu'on peut le voir dans le passage du Mémorial consacré à l'histoire de Saint-Sever (p. 244).

Ce mémorial est un livre d'ailleurs bien précieux en raison des services qu'il pourra rendre non seulement aux naturalistes et aux médecins, mais même aux historiens.

Aussi en prévision d'une réimpression de ce volume, nous nous permettrons de signaler aux éditeurs quelques petites corrections à faire.

Ainsi, à la page 126, nous lisons que Logroño est située aux

les serres-fines; un point n'est pas réuni. Trois jours après, la cicatrisation est complète.

D. M... ne voit pas de femme jusqu'à la fin de janvier: les ganglions de l'aine n'augmentent pas de volume; il n'a pas d'angine et ne présente pas de croûtes dans les cheveux, d'adénopathie cervicale ou d'alopécie. Il est sujet à la migraine, mais la céphalée n'a point été modifiée dans son intensité ou sa fréquence.

A la fin de février, en sortant du bain, il remarque sur le thorax une dizaine de petits boutons qui ne persistent que cinq jours et s'accompagnent de vives démangeaisons (il a eu autrefois un érythème intense de la face après un bain de mer). Il montre ces boutons à plusieurs de ses amis, internes en médecine, et ceux-ci se prononcent contre l'hypothèse d'une roséole spécifique.

Le 1er mars, il a des rapports sexuels, puis le 4 mars. Ce sont les seuls qu'il ait eu jusqu'au moment où il vient nous revoir.

En effet, le 9 mars, il s'aperçoit que le scrotum et la face inférieure de la verge présentent au point de contact de leur surface cutanée des gerçures, des crevasses, qui suintent et tachent le linge. Leur maximum est établi en quarante-huit heures.

Nous voyons le malade le 15 mars : les régions indiquées sont inégales, crevassées. Au fond des gerçures, on voit une érosion humide qui se sèche bientôt et laisse une surface sèche, squameuse, en de certains endroits légère et crustacée. Le tout est accompagné d'un prurit et d'une cuisson insupportable. Rien à l'anus, rien à la gorge.

Je prescris 3 bains d'amidon par semaine, des applications de glycérolé d'amidon avec enveloppe imperméable, pensant à un eczéma humide des bourses.

Le malade va consulter M. Humbert le 28 mars; il n'affirme pas la spécificité de l'accident.

M. Fournier, consulté quelques jours après, porte le diagnostic de plaques muqueuses du scrotum.

Dix jours après, explosion de plaques muqueuses de la gorge, de la langue et des piliers.

Depuis le 1er avril, le malade prend tous les jours une pilule de Ricord.

Il revient nous voir le 2 juin 1887. Depuis un mois et demi, les plaques du scrotum ont disparu; il n'y en a pas eu à l'anus. Pas de syphilides cutanées ou du cuir chevelu. Pas d'alopécie.

Peut-être une syphilide squameuse de la jambe (diagnostic très incertain).

Aujourd'hui, 2 juin, plaques muqueuses disséminées du pilier droit. Quelques traces muqueuses du côté de la langue et de l'isthme du gosier.

Les deux observations précédentes étant publiées *in extenso*, nous croyons pouvoir résumer les suivantes, le manuel opératoire ayant été identique et l'excision des ganglions n'ayant pas été pratiquée, sauf dans l'observation V, que nous publions avec quelques détails.

Obs. III (Opération personnelle). — J. A..., âgé de 19 ans, vient nous consulter le 11 novembre 1886.

Il est porteur d'un chancre syphilitique avéré siégeant sur le lumbe du prépuce. Le début remonte à 4 ou 5 jours. Pas d'adénopathie bien appréciable; le coït suspect date de quinze jours.

Le 11 novembre, jour de l'entrée, je pratique l'irradiation. Huit serres-fines.

Les suites sont simples: Réunion par première intention, les serres-fines ayant été supprimées dès le lendemain. Le malade quitte l'hôpital le 14 novembre.

Nous suivons le malade, et il est revu à différentes reprises :

1o Le 29 novembre 1886. Il présente à ce moment de la roséole maculeuse;

2o Le 13 décembre 1886. Syphilides diverses, quoique sans gravité;

3o Le 6 janvier 1887. Plaques muqueuses de la langue; aucune à la gorge.

A aucun moment, il n'y a eu induration de la cicatrice; celle-ci est d'ailleurs à peine visible si le malade n'attire pas l'attention de l'observateur sur le lieu d'implantation du chancre. Le traitement consiste en pilules de proto-iodure. Le malade en a pris 200 environ, à raison de 2 par jour, jusqu'au jour où nous le revoyons (25 juin 1888).

A ce moment, il ne présente aucun accident : il n'a pas eu de plaques anales; pas de céphalée, de papules du cuir chevelu ou d'alopécie. Il est seulement sujet au psoriasis lingual lorsqu'il fait abus de tabac.

La cicatrice du chancre excisé est inappréciable.

Depuis janvier 1886, il ne suit plus aucun traitement et mène une vie assez régulière, sans qu'il se soit produit de manifestations spécifiques.

Obs. IV (Opération personnelle). — B. P..., âgé de 32 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle 1, no 20, le 24 janvier 1887.

Ce malade est traité pour un chancre syphilitique récent, sans qu'il soit possible de connaître exactement la date du début de la lésion.

Nous perdons ce malade de vue pendant quelque temps, mais il revient nous voir plusieurs mois après. La cicatrice du chancre excisé passe inaperçue. La réunion, au dire du malade, a été parfaite. Il ne peut nous renseigner exactement sur la marche de l'adé-

---

confins de la Navarre et du Guipuscoa; c'est aux confins de la Navarre, de l'Alava et de la Vieille-Castille qu'il faudrait dire. Le Guipuscoa est situé tout à fait aux confins de la France et ne s'étend pas au sud des monts Cantabres.

A la page 141, à propos d'un couvent de Trappistes situé près de Favara, en Aragon, Dufour dit que c'est le seul peut-être qui existe *en Europe*. C'est évidemment *en Espagne* qu'il a voulu dire.

A la page 160, il faut lire *Catalans* au lieu d'Aragonais; car Tarragone, si je ne m'abuse, est en Catalogne.

A la page 168, on devra écrire Teruel au lieu de Ternel.

Une erreur d'un autre genre est commise à la page 221. On y lit que l'Aragon, la Catalogne et le Royaume de Valence sont les plus grandes provinces d'Espagne. Les Castillans auraient le droit de se plaindre, aussi bien ceux de la vieille Castille que ceux de la nouvelle, ainsi que les Andalous et même les habitants du royaume de Léon.

Mais n'est-ce pas abuser que d'insister sur ces vétilles?

Ne vaut-il pas mieux indiquer aux médecins les pages dans lesquelles Léon Dufour apprécie les qualités thérapeutiques des diverses stations thermo-minérales des Pyrénées et en signale les contre-indications (1).

Qu'il parle de l'autopsie du général Lamarque et fasse ressortir la petitesse du cerveau du député libéral qui fut si populaire, ou qu'à propos de sa dernière visite au Bois de Boulogne il expose, au sujet du Jardin d'acclimatation, les raisons qui l'empêchent de croire à la réussite ou aux bienfaits de l'acclimatement des animaux exotiques, Dufour est toujours intéressant! Mais jamais autant que lorsque sa passion de naturaliste est en jeu. Quelle vénération pour ceux de ses collègues qui sont animés de la même passion que lui! Le docteur Pech, de Narbonne, il nous le dépeint en quelques mots : *« Médecin très instruit, aussi savant que modeste. »*

Du vieux Palasson (d'Ogenne), il nous dit : « C'est un *savant pur sang* ». Et dans les excursions, lorsqu'il s'agit de la découverte d'une plante jusqu'alors non cueillie vivante, c'est à ce moment que l'enthousiasme est à son comble! En 1852, lorsqu'il se rendit à Marseille auprès de son fils malade, avec quel bonheur

(1) Voir les pages 255-262.

nopathie, mais il est actuellement porteur de plaques muqueuses de la gorge.

(A suivre.)

REVUE D'HYGIÈNE

Suite et fin. — Voir les numéros 30 et 31.

VII. De l'emploi du crin végétal dans le coucher des gateux et des enfants atteints d'incontinence d'urine. — VIII. Assainissement des usines de sulfate d'ammoniaque (transformation des vidanges en engrais). — IX. Modifications hygiéniques dans l'éclairage électrique des habitations. — X. Surmenage et troubles cardiaques chez les jeunes ouvriers.

VII. Dans une brochure publiée en 1885, M. Oudart, directeur général des asiles d'aliénés du royaume des Pays-Bas, avait dit : « On se sert à Rotterdam, pour le coucher des gâteux, d'une espèce de copeau appelé Hontwolle, on crin végétal. On y repose aussi confortablement que sur un matelas de laine.

Un essai, en ce qui concerne les enfants atteints d'incontinence d'nrine, a eu lien à l'école agricole de Ruysselede. Un enfant de cette catégorie a été conché directement sur la matière non enveloppée. Il n'en a mouillé qu'une très faible partie, un quart de kilogramme au maximum.

Les avantages de ce mode de couchage sont : Que l'enfant reste constamment à sec; que la fourniture du lit ne donne aucune odeur et qu'elle se conserve dans un état parfait de propreté. »

Depuis une quinzaine d'années, la fabrication des copeaux fins a pris une grande extension, en mêms temps que leur emploi n'a cessé de se multiplier. Ils sont utilisés pour les divers emballages, la bourrellerie, et en particulier pour la confection des matelas. Les centres de cette industrie sont établis à Paris, à Amsterdam, en Angleterre et en Allemagne.

En Belgique, les chirurgiens emploient le Houtwolle dans le traitement des plaies, en guise de charpie, soit pur, soit mélangé dans des proportions définies avec la charpie de vieux linge, suspecte, non sans raison, de fixer des miasmes et des principes contagieux. Comme la laine de bois, dit le docteur Herpain (1), est recommandée à cause de ses propriétés hygroscopiques, dans les cas de suppuration abondante, on préfère les copeaux de bois blanc. Préparés au sublimé, ils ont donné de bons résultats dans les services de chirurgie des hôpitaux civils de Gand et de Mons. M. le médecin de régiment Logie dit ne rien connaître d'aussi bon contre les engelures ulcérées.

Dans les dortoirs des gâteux, on dispose, pour chaque lit, le boutwolle en trois matelas placés bont à bout, de manière à ponvoir enlever celui du milieu lorsqu'il est trempé. C'est en général pen de temps après le coucher et sous l'influence de la chaleur, que des gâteux, que l'on a en la précaution de faire uriner avant d'entrer an lit, arrosent leur paillasse.

Prix peu élevé, résistance à l'humidité et à la putréfaction, conservation de son élasticité première, absence d'odeur urinaire, tels sont, d'après M. Herpain, les avantages de la laine de bois de sapin, qui exhale une odeur balsamique, peu prononcée à la vérité, mais dont les propriétés excitantes ne peuvent qu'être bienfaisantes pour les enfants.

VIII. Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, ayant chargé une Commission (2) d'étudier le problème si important pour l'hygiène des grandes villes de la transformation des vidanges en engrais, voici à quelles principales conclusions s'est arrêtée cette Commission par l'organe de M. Hétier, rapporteur (3).

Les matières apportées par les voitures seront immédiatement vidées dans une fosse communiquant avec des bassins par un canal voûté, à forte pente et de faible longueur. L'onverture de cette fosse fermée hermétiquement par une porte qu'on lèvera seulement pour le déversement des vidanges, sera munie d'une grille destinée à arrêter les objets étrangers d'un certain volume. Avant d'être mis en tas, ces objets seront lavés et désinfectés, en les arrosant largement avec une solution de sulfate de fer. Les bassins de réception, an nombre de deux, quoique clos et converts, auront les moyens de ven-

(1) Le Mouvement hygiénique, 3e année, no 4.

(2) Composée de MM. Brouardel, Michel Lévy, Riche et Hétier.

(3) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, octobre 1887.

---

dès que la convalescence s'établit, il revient à ses goûts de naturaliste. Mais laissons-le nous décrire lui-même son escapade : « Je fis avec M. Giraudy, qui avait été l'ami de l'entomologiste Solier, une excursion à Montredon. Dans ce boudoir de Flore, je cueillis pour la dernière fois, non sans émotion, plusieurs vieilles connaissances, entre autres une délicieuse bruyère, *Erica vagans*, en pleine floraison, qui me reporta par un souvenir électrique vers les sauvages roches de Moxente, aux confins méridionaux du royaume de Valence ; ce fut dans ce coin de l'Espagne qu'en 1812 je rencontrai pour la première fois cette belle et légitime espèce que les botanistes ont parfois confondue avec l'*Erica multiflora* si répandue dans le département des Landes ; l'étude comparative des anthères de ces deux types y fait découvrir un caractère distinctif des plus organiques. C'est là de la botanique sentimentale ou historique des choses et des personnes que les vrais amateurs de la science, ceux qui ont fait leur herbier de leurs propres mains, comprennent et apprécient. Il est telles plantes de mon herbier qui, cueillies sous le feu du canon, pendant un siège ou sur un champ de bataille, déroulent à mon souvenir et les lieux, et les événements, et les amis de ces temps déjà si loin de moi. »

Arrêtons-nous sur cette citation. Elle achève de dépeindre mieux que nous ne saurions le faire l'ardeur scientifique et les qualités intellectuelles de notre héros.

Notre tâche sera remplie, si, ne pouvant juger l'œuvre du naturaliste, nous avons du moins réussi non pas seulement à faire admirer, mais surtout à faire aimer ce modèle du savant utile et modeste.

Dr Albertus.

École de médecine de Toulouse. — Par délibération, approuvée par M. le ministre de l'instruction publique, l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse a décidé que les candidats au grade de pharmacien auraient à présenter au troisième examen un travail imprimé qui prendra le nom de Dissertation inaugurale.

— M. Fougerat, licencié ès-sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, chef de travaux physiques et chimiques.

tilation nécessairee pour les aérer convenablement avant d'y laisser pénétrer les ouvriers en cas de réparations.

Lee matières contenues dans les bassins seront aspirées et refoulées dans une conduite étanche, jusqu'au sommet de l'appareil à distiller, où elles se mélangerout au lait de chaux. Les débits des pompes amenant les matières à traiter et le lait de chaux seront réglés de façon que la chaux vive ajoutée aux matières de vidange soit au minimum de 1 p. 100. L'opération de la distillation sera conduite de façon que le mélange des matières et de la chaux, mainteuu intime par un brassage convenable, reste soumis pendant une heure et demie au moins sous l'action d'injections de vapeurs d'eau à une température supérieure à 100°; les matières ayant snbi la distillation seront aspirées et foulées dans des conduites étanches jusqu'aux filtres-presses qui en extrairont, sous forme de tourteaux d'engrais, les parties solides. Les eaux devenues limpides et très peu odorantes seront recueillies dans une fosse étanche où leur température sera ramenée à 30° par une addition convenable d'eau froide. De là elles gagneront, par un canal couvert, les citernes extérieures voûtées où elles seront emmagasinées pour n'être lâchées à l'égout que de huit heures du soir à ciuq heures du matin. Les tourteaux seront déposés dans un magasin clos avant d'être livrée au commerce. Les produits volatils de la distillation réunis dans la cloche supérieure de l'appareil à distiller seront amenés par une conduite à la partie inférieure d'un bac à acide sulfurique. L'appareil sera disposé de façon à assurer un barbottage efficace des gaz dans l'acide.

Les gaz et vapeurs aspirés dans une conduite étanche seront refroidis à 20° environ pour condenser la plus grande partie de la vapeur d'eau qu'ils contiennent. Ils seront ensuite refoulés sur la grille d'un fourneau à hotte placé au milieu d'une cour, de façon qu'ils soient brûlés en traversant une couche de coke incandescent. Sauf la combustion des gaz, toutes les manipulations s'effectueront dans un bâtiment fermé, couvert, bien éclairé et bien ventilé. Tous les bois apparents seront peints à l'huile ; le sol sera recouvert d'un revêtement imperméable. Le tout sera maintenu en parfait état de propreté par de fréquents lavages, dont les eaux iront se réunir dans les citernes aux eaux résiduaires.

Toutes ces prescriptions, appliquées déjà dans l'usine des Hautes-Bornes, dans la commune de Gentilly, ont donné d'excellents résultats.

IX. D'un travail de M. le docteur Sambuc (1) sur l'éclairage électrique, il ressort que les machines dynamo-électriques, si coûteuses, peuvent, quand il ne s'agit que de l'éclairage à domicile, être remplacées soit par des accumulateurs, soit par des piles à courant constant, à la condition de choisir parmi les plus énergiques celles qui incommodent le moins les habitants, c'est-à-dire celles qui n'émettent pas de vapeurs dangereuses à respirer. Cette dernière condition exclnant absolument les piles du type Grove ou Bunsen, dont les vapeurs hypoazotiques impressionnent brutalement les sens les moins délicats, il ne reste guère, parmi les piles énergiques usuelles, que celles du type Grenet, dont la dépolarisation s'effectue au moyen de l'acide chromique.

On sait que le fonctionnement de toutes ces piles repose sur la dissolution du zinc par l'acide sulfurique étendu, dissolution qui s'accompagne d'une production corrélative de gaz hydrogène. Quand le zinc est pur ou amalgamé, cette production limitée de gaz est inoffensive, parce que la dépolarisation a pour effet d'engager l'hydrogène dans une combinaison qui s'oppose à tont dégagement dans l'atmosphère. Mais si le zinc est impur, ce qui est le cas le plus ordinaire, l'amalgamation, même en la supposant bien faite, ne le préserve pas longtemps, à moins qu'on n'ait soin de placer du mercure dans le liquide excitateur pour entretenir cette amalgamation. Au bout d'un certain temps, plus ou moins court, suivant le degré de concentration de l'eau acidulée et suivant la qualité du zinc, l'attaque du zinc se produit avec une violence hors de proportion avec l'action électrique, et des torrents de gaz hydrogène, échappant à l'action dépolarisatrice, se répandent dans l'air, en même temps que les récipients s'échauffent jusqu'au point de ne plus pouvoir être touchés. De là, deux dangers : 1° La rupture des vases, s'ils sont en verre, peut entraîner la dégradation ou la destruction des meubles, étoffes, tapis, etc., sur lesquels se répandrait le liquide corrosif qu'ils contiennent et même brûler profondément les personnes qu'il atteindrait.

2° D'autre part, le mélange d'une proportion considérable d'hydrogène à l'air non renouvelé d'une chambre, surtout d'un cabinet ou d'un local peu spacieux, peut à la longue déterminer des explosions redoutables, soit par l'allumage du feu dans une cheminée, soit par l'introduction accidentelle d'un corps en combustion, lampe, bougie, cigare, etc.

M. Sambuc conclut qu'il faut : 1° Condamner l'emploi du verre pour les piles et préférer les vases en porcelaine ou en grès. Faire d'avance le mélange d'acide sulfurique et d'eau et laisser refroidir avant d'y plonger le zinc; 2° employer des éléments à compartiments séparés, c'est-à-dire tels que l'agent dépolarisateur ne soit pas mêlé avec le liquide excitateur que l'on pourra ainsi additionner de mercure pour entretenir l'amalgamation ; 3° exiger du zinc de bonne qualité, exempt surtout d'arsenic et bien amalgamé; 4° surveiller la marche de la pile, et dès qu'il se produit autour du zinc un bouillonnement perceptible à l'ouïe ou à la vue, arrêter l'opération et démonter la pile qui, du reste, s'use alors sans profit pour l'éclairage; 5° une précaution plus radicale encore consisterait à placer la pile hors des locaux habités, dans un jardin, une cour ou une cave, et en ce cas établir les communications avec les lampes au moyen de gros fils de cuivre bien isolés. Mais si, par ce moyen, on satisfait aux lois de l'hygiène, il ne faut pas croire qu'il dispense d'employer du zinc de bonne qualité, car le mauvais zinc s'use très vite, en ne donnant qu'un éclairage défectueux et de très courte durée.

X. M. Layet (1) a constaté, chez des jeunes ouvriers de 14 à 17 ans, des troubles cardiaques purement fonctionnels, caractérisés par de la faiblesse dans l'impulsion cardiaque, de l'irrégularité et de la petitesse du pouls, des palpitations, de la dyspnée, de l'angoisse, de la pâleur de la face, des vertiges et de la tendance à la syncope. Ces symptômes existaient en dehors de toute lésion organique. Il les a presque toujours observés à la suite de fatigues causées par le travail professionnel, mais souvent sans qu'on pût considérer ce travail comme étant au-dessus des forces de ces jeunes apprentis. Ils

(1) REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE, t. IX, p. 5.

(1) REVUE SANITAIRE DE BORDEAUX ET DE LA PROVINCE. 25 avril 1888.

cessaient toutefois par le repos, demandant, pour reparaître, une certaine continuité dans la reprise du travail.

Ayant ainsi été amené à porter son attention sur ce point d'hygiène professionnelle, M. Layet a cherché à se rendre compte des raisons physiologiques qui président à l'apparition de ces troubles cardiaques chez les jeunes apprentis, et il est arrivé à conclure que pendant la période d'âge où s'établit la puberté, l'organisme est mis dans un état de moindre résistance à la fatigue par suite du mouvement général d'accélération que subit la croissance. Tout travail excessif pour l'apprenti, à l'époque de la puberté, a pour résultat d'exagérer les tendances physiologiques du cœur à augmenter rapidement en volume. La dilatation forcée de l'organe serait donc caractéristique du surmenage du cœur chez l'apprenti, et ce surmenage s'accuserait d'autant plus que son développement en puissance contractile est plus en retard sur son développement en volume.

D'après M. Layet, tout ce qui, dans l'enfance, est susceptible, comme souffrance physiologique ou souffrance pathologique, de porter atteinte à la progression normale de la croissance, prédisposerait d'autant plus au surmenage du cœur, au moment de la puberté, que celle-ci en aurait été plus retardée.

La période d'âge où s'établit la puberté est donc celle où la plus grande surveillance devra être portée sur les effets nuisibles d'un travail excessif chez les jeunes ouvriers. Tout apprenti dont la croissance est accélérée devrait donc être tenu dans un état de repos professionnel relatif, sinon absolu.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. Sur la résection partielle de la symphise, comme intervention préalable dans les opérations à faire sur la vessie, par le professeur Helferich. (*Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für chirurgie, XVII Congress*, supplément au *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 24.) — IV. Une nouvelle méthode de traitement des ulcérations torpides, par le docteur F Spaeth. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 14, p. 249.) — V. Sur la créoline, par le docteur H. Rausche (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 21, p. 377). — VI. De l'emploi de l'eau chaude en chirurgie, par le docteur Th. Varick (*New-York medic. Journal*, vol. XLVI, n° 16, p. 431).

III. M. Helferich a fait trois fois, sur le vivant, une opération du même genre, dans le but de se frayer un accès plus facile vers la vessie. Cette opération a consisté dans la résection de la moitié supérieure de la symphise, pratiquée avec un ciseau large et très acéré, suivant une ligne horizontale passant par la partie supérieure du trou obturateur de chaque côté. Il a réussi, de la sorte, à découvrir la vessie dans une étendue assez considérable, tout en conservant au bassin une solidité suffisante.

Une première fois, l'opération a été faite chez un homme affecté d'une carie tuberculeuse de la symphise; les deux autres opérés, du sexe masculin également, étaient porteurs de néoplasmes de la vessie. Cette opération préalable se recommande, suivant l'auteur, par la facilité de son exécution, dans les cas de tumeur de la vessie; elle ne sera indiquée qu'exceptionnellement dans d'autres circonstances, par exemple quand il s'agit d'extraire des concrétions volumineuses ou des calculs enclavés dans un diverticule de la vessie.

M. Helferich a soutenu, d'autre part, que dans l'opération de la taille sus-pubienne, une incision horizontale des parties molles, rasant le bord supérieur de la symphise, et suivie de l'ablation des insertions musculaires, livre un accès plus facile vers la vessie que l'incision longitudinale communément employée. A cet égard, l'auteur se rallie à l'opinion soutenue récemment par Bardenheuer et Trendelenburg.

Ajoutons que le professeur Kœnig, de Gœttingue, a également pratiqué la résection de la symphise, dans un cas de fistule vésico-vaginale, très difficile à opérer. Cette intervention préalable facilita considérablement l'opération qu'on pratiqua ensuite sur la vessie. Le patient succomba au bout de huit jours, des suites d'une atrophie rénale; — que M. Rosenbach a en recours au même procédé opératoire, pour extraire une pierre volumineuse de la vessie.

IV. Partant de ce principe que les ulcérations torpides manifestent peu de tendance à se cicatriser parce que, pour une cause ou une autre, il se fait un apport sanguin insuffisant vers le siège de l'ulcération, M. Harbordt a imaginé un procédé de traitement, qu'il expérimente avec succès depuis plusieurs années déjà à l'hôpital de Francfort-sur-le-Mein, et que M. Spaeth a décrit dans ces termes :

L'ulcère est fendu dans le sens de sa longueur et on prolonge l'incision bien avant dans la zône ambiante de tissu sain. A des intervalles de 2 centimètres environ, on pratique des incisions transversales qui, partant de la première, et qui traversent également dans toute son étendue la masse calleuse qui constitue le fond de l'ulcère et une partie de tissu sain. L'important est d'inciser assez profondément pour atteindre l'aponévrose sous-jacente à la peau; les incisions doivent être béantes. Il s'ensuit naturellement une hémorrhagie assez profuse, qu'on tarit à l'aide du tamponnement. On applique sur la plaie un pansement à l'iodoforme, qu'on renouvellera au bout de huit ou quinze jours. A ce moment, on aura occasion de constater que des granulations de bonne nature tapissent les sillons creusés par l'instrument tranchant. Bientôt tout le champ de la plaie est envahi par ces granulations qui ne tardent pas à s'élever jusqu'au niveau de la peau saine environnante. Quand la solution de continuité de l'épiderme atteint des dimensions considérables, on fera bien de procéder à des greffes, pour accélérer la cicatrisation.

Il est recommandé de ne recourir à ce mode d'intervention que lorsque déjà la surface de l'ulcère s'est détergée, qu'on l'a débarrassée de toutes les portions de tissu nécrosé qui, mises en contact avec des vaisseaux béants, pourraient être l'origine d'une infection septique.

L'excellence du procédé se révèle surtout dans les cas d'ulcères situés au niveau d'une jointure, exposés par conséquent à des tiraillements continuels, tout en gênant le fonctionnement de l'article. La guérison est obtenue dans un temps relativement court.

V. Il a déjà été question dans ce journal (1887, n° 48, p. 570),

de la créoline, un nouvel antiseptique, produit de la distillation de la houille. Il a été mentionné que la créoline, telle qu'on la trouve dans le commerce, ne présente pas une composition constante et qu'elle renferme de l'acide phénique en proportions faibles, mais variables. Il a été dit aussi que, d'après les recherches d'un vétérinaire allemand, M. Frœhner, la toxicité de la créoline paraissait être à peu près négligeable. Enfin, il a été rendu compte des premiers essais faits par M. Kortüm, avec la créoline utilisée pour les besoins de l'antisepsie obstétricale et chirurgicale. Les résultats obtenus avaient conduit M. Kortüm à représenter la créoline comme un antiseptique de premier ordre, donée, en outre, d'un pouvoir désodorisant très prononcé.

M. Rausche conclut dans le même sens. Il insiste notamment sur les bons offices qu'on retire de l'emploi de la créoline dans le traitement des cancers, pour combattre l'horrible fétidité que dégagent souvent les néoplasmes de cette nature. Ainsi, dans un cas de cancer double du sein, inopérable, des applications de compresses imbibées d'une solution de créoline à 1 % ont détruit instantanément l'insupportable odeur que répandait la malade, résultat qu'on n'avait pu obtenir avec l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé. Les plaies superficielles et les ulcères, pansés avec la créoline, se détergent et se cicatrisent avec une extrême rapidité ; la tendance à la suppuration profuse et aux hémorrhagies se dissipe. On tarit les hémorrhagies parenchymateuses en appliquant à la surface des plaies fraîches, une solution de créoline à 2-3 0/0. Dans le cas d'une plaie fermée au moyen de points de suture, un pansement humide, fait avec de la gaze imbibée d'une solution de créoline, hâte la cicatrisation. Il y a tout avantage à substituer le savon de créoline au savon de sublimé, pour la désinfection des mains de l'opérateur et pour réaliser l'asepsie du champ opératoire. Pour désinfecter les instruments, M. Rausche conseille d'employer des solutions de créoline à 1-2 0/0. Pour les lavages à faire à la surface des plaies, et pour l'imprégnation des pièces à pansement, une solution à 1/2 0/0 suffira. Les solutions de créoline ont sur les solutions de sublimé l'avantage de ne pas irriter la peau et de ne pas détériorer les instruments de chirurgie.

Les plaies anfractueuses se comportent très bien quand on les panse à la créoline (tamponnement).

L'auteur a insisté d'une façon spéciale sur l'efficacité et la commodité d'emploi de la créoline dans la pratique obstétricale.

VI. M. Varick préconise l'emploi systématique de l'eau chaude pour le traitement des plaies opératoires ; il invoque à l'appui de sa méthode les données suivantes :

Lorsque après avoir lié les gros vaisseaux qui fournissent du sang à la surface d'une plaie, on met celle-ci en contact avec de l'eau très chaude, la sérosité sanguinolente qui s'écoule par les petits vaisseaux sanguins et lymphatiques béants se coagule. Le produit de cette coagulation forme à la surface de la plaie une couche continue et imperméable, barrière qui s'oppose à la fois à la sortie du contenu des vaisseaux et à la pénétration des germes extérieurs. D'autre part, l'impression qui résulte du contact de l'eau chaude avec la plaie retentit sur le cœur et prévient ainsi les fâcheuses conséquences du shok traumatique.

Pour la détermination du degré de température qu'il convient de donner à l'eau, M. Varick s'est inspiré des résultats de l'expérience que voici : Un verre à réactif, contenant une certaine quantité de serum sanguin, est placé dans un bain-marie dont la température est élevée progressivement jusque vers 100°. Quand la température du serum atteignait 68°, le liquide prenait une teinte plus foncée et se coagulait en partie ; à 70° de température, toute la masse du serum entrait en coagulation. A ce moment, la température du bain-marie était de 91°.

Partant de là, M. Varick a employé, pour ses essais cliniques, de l'eau portée à une température voisine du point d'ébulition. Les tissus profonds résistent bien mieux à l'action du calorique que la peau, à soin de prévenir l'auteur ; il s'effectue simplement une coagulation dans leur masse, à une température qui, du côté de la peau, entraînerait des brûlures. M. Varick recommande de faire agir l'eau chaude sur les plaies vives jusqu'à complet arrêt de l'hémorrhagie et jusqu'à ce que les tissus prennent une teinte blafarde, un aspect vitreux.

Les plaies ainsi traitées sécrétent un serum clair ou légèrement opaque, qui, au bout de trente-six ou quarante-huit heures, tient en suspension des flocons d'albumine, et qui se coagule. Le coagulum se détache quelques jours plus tard, mettant à nu une couche de granulations de bonne nature, et la cicatrisation s'achève rapidement. M. Varick cite quelques observations, à titre de preuves de l'efficacité de sa méthode ; il oppose ensuite une statistique personnelle, comprenant 53 amputations avec une mortalité de 5-6 0/0, à une statistique dans laquelle l'auteur fait entrer des observations de date relativement ancienne, partant sans valeur ; le taux de la mortalité, dans cette seconde statistique, se chiffre par une proportion de 18-53 0/0. Dans le même hôpital, 25 amputés, traités d'après la méthode de Lister, ont fourni un contingent de 7 décès ; proportion 28 0/0.

E. Ricklin.

VARIÉTÉS

La maladie de l'Empereur Frédéric III, exposée d'après des sources officielles et d'après les rapports des médecins : professeur Bardleben, von Bergmann, docteur Bramann, professeurs Gerhardt, Kussmaul, etc., etc.

La maladie et la mort de l'Empereur Frédéric III d'Allemagne ont fait naître entre les médecins allemands et les médecins anglais appelés à donner leurs conseils et leurs soins à ce souverain, un conflit qui n'est pas près de s'éteindre. Après le dénouement fatal de la maladie, les médecins allemands ont publié, sous l'estampille officielle, un mémoire collectif, destiné à justifier leur conduite et à faire peser une lourde responsabilité sur leur confrère anglais, M. Morell Mackensie. Ce célèbre praticien prépare sa réplique au réquisitoire allemand. Nous nous proposons de placer sous les yeux de nos lecteurs les parties essentielles des deux mémoires. Ce sera, pensons nous, le meilleur moyen de tirer de ce conflit les enseignements qu'il est susceptible de comporter pour la pathologie et la déontologie médicales, tandis que, jusqu'ici, il faut bien le reconnaître, les appréciations portées sur la conduite des deux parties en présence étaient dominées par des considérations de nationalité, peu favorables à un jugement impartial.

I. Le mémoire dont le titre figure en tête de cet article comprend comme premier chapitre un rapport du docteur Gerhardt, professeur à l'Université de Berlin. Ce premier rapport fournit des renseignements circonstanciés sur les débuts de la maladie du prince qui fut dans la suite Frédéric III, et sur les circonstances dans lesquelles M. Morell Mackensie fut appelé à intervenir.

La maladie débuta dans le courant du mois de janvier 1887, par une raucité de la voix, qui alla en s'accentuant. On s'arrêta d'abord à l'idée d'une affection catarrhale du larynx, et pour expliquer la persistance du mal, on crut devoir incriminer les fatigues de la voix et l'influence des intempéries, auxquelles s'exposait le patient. Toutefois, dès les premiers temps, on fut frappé de l'évolution insolite de ce « catarrhe » du larynx, dont les manifestations se réduisaient à la raucité, et qui résistait aux inhalations et autres remèdes réputés efficaces contre les affections catarrhales.

C'est dans ces conditions que le professeur Gerhardt fut appelé à examiner le malade au laryncoscope, le 6 mars 1887, à la demande et en présence du docteur Wegner, médecin du prince allemand : « Les cordes vocales étaient le siège d'une rougeur uniforme, peu prononcée. Pendant la respiration, on apercevait sur le bord de la corde vocale gauche, entre le milieu de cette corde et l'apophyse vocale plus près de ce dernier point, une saillie pâle, en forme de languette ou de lambeau, paraissant être inégale. Sa longueur était d'environ 4 millimètres, sa hauteur de 2 millimètres. Au moment de la phonation, les deux cordes vocales s'adossaient exactement l'une à l'autre, et à l'endroit précité, une nodosité allongée, plate, d'un rouge pâle, faisait saillie au-dessus de la fente glottique. Lors des mouvements respiratoires, les cordes vocales s'écartaient librement, et la saillie rougeâtre susdite se laissait de nouveau voir dans toute son étendue. Elle exécutait avec facilité tous les mouvements de la corde vocale, autrement dit, il n'existait ni raideur ni défaut de mobilité de cette corde. La raucité était occasionnée par l'enclavement de cette production morbide entre les cordes vocales, au moment de la phonation, par suite de quoi les vibrations des cordes vocales étaient gênées. Le diagnostic porté fut celui « d'épaississement polypeux du bord de la corde vocale gauche. »

Le traitement devait tendre à faire disparaître la néoplasie. Pendant quelques jours, on soumit le malade à des manipulations qui avaient pour but d'habituer son larynx au contact des sondes et autres instruments. L'emploi de la cocaïne, sous forme de solutions fortes (10 et 20 0/0), fut très bien supporté. Par contre, on eut à compter avec une étroitesse relative de l'entrée du larynx, et avec des douleurs ressenties dans la langue lorsqu'on attirait cet organe hors de la bouche. Les tentatives faites pour extirper le petit néoplasme, avec une anse en fil de fer d'abord, puis avec un instrument tranchant, échouèrent en totalité ou à peu près. On ne réussit à enlever qu'un petit fragment blanchâtre, de consistance dure. On prit alors le parti de détruire le néoplasme avec le galvano-cautère. Cette phase du traitement comprit la seconde moitié du mois de mars et le premier septenaire du mois suivant. Les examens laryngoscopiques pratiqués le 8 et le 9 avril firent constater : Une légère rougeur diffuse de la corde vocale gauche, une légère concavité sur cette corde, correspondant comme siège à l'extrémité antérieure du néoplasme; de ce dernier, il ne subsistait plus rien ; à sa place on pouvait encore découvrir, au-dessous du bord de la corde vocale, une surface granuleuse, inégale, rougeâtre. Quant au reste, l'état général était excellent ; il n'y avait pas de toux, pas d'expectoration ; la voix, un peu voilée, était plus sonore que précédemment, et elle l'était plus le matin que le soir. A cette époque, le patient se considérait à peu près guéri.

Une cure à Ems, projetée depuis le début de la maladie, fut décidée. M. Gerhardt se rallia à cette décision pour deux motifs : Le séjour à Ems devait permettre au patient de ménager son larynx ; puis, la tournure que prendraient les choses devait jusqu'à un certain point trancher la question de diagnostic. On allait être dans le cas de conclure à la malignité ou à la bénignité du néoplasme, suivant que celui-ci se reproduirait ou ne se reproduirait pas pendant cette période de repos. D'ailleurs, il existait déjà des raisons de craindre la première de ces deux éventualités ; c'étaient : le siège de la néoplasie, sa consistance dure, sa grande variabilité d'aspect, la rapidité avec laquelle elle s'était reproduite dans l'intervalle de deux cautérisations séparées par un intervalle de quelques jours seulement, tous caractères étrangers aux tumeurs bénignes (papillomes) du larynx.

Le départ pour Ems eut lieu le 13 avril, le retour à Postdam le 15 mai. La cure à Ems n'avait procuré aucune amélioration. La voix était devenue plus rauque. Le néoplasme s'était reformé, avec des dimensions plus grandes qu'auparavant. Il soulevait maintenant, en forme de voûte, la face supérieure de la corde vocale gauche, dont la muqueuse était hypérémiée, et il formait à la face interne de la corde une saillie plate, inégale, d'un rouge grisâtre; les surfaces mises à nu par l'application du galvano-cautère ne s'étaient pas cicatrisées. La mobilité de la corde vocale gauche était amoindrie par rapport à celle de la corde vocale droite.

Le malade fut mis au courant de la situation. Il exprima le désir de voir reprendre le traitement par la galvano-caustique. Avant de déférer à ce désir, M. Gerhardt insista pour qu'on lui adjoignit, à titre de consultants, un ou deux laryngologues de profession, ainsi qu'un chirurgien, de préférence le professeur von Bergmann. Cette demande fut agréée par le prince et son entourage.

Une consulation eut lieu, à laquelle prirent part : MM. von Lauer, médecin de l'empereur Guillaume I^er^; von Wegner, médecin du prince; von Tobold; von Schrader; von Bergmann et Gerhardt. C'était le 18 avril. A l'unanimité, les six consultants se rallièrent au diagnostic de cancer du larynx; ce diagnostic était basé sur les considérations suivantes :

1° Sur la reproduction rapide de la tumeur; 2° sur la dureté du néoplasme et sur les inégalités de sa surface; 3° sur le défaut de cicatrisation à sa face interne ; 4° sur l'amoindrissement de la mobilité de la corde vocale; 5° sur la certitude que la tuberculose et *d'autres maladies infectieuses* devaient être exclues de l'étiologie de la maladie; 6° sur une série de circonstances accessoires en conformité avec le diagnostic porté.

Parmi ces circonstances figuraient l'âge du malade, le siège et l'aspect de la tumeur, puis cette particularité que les insultes subies par le néoplasme n'avaient été suivies ni de suppuration, ni de cicatrisation.

Les médecins consultants tombèrent également d'accord sur la ligne de conduite à tenir en égard au traitement. L'extirpation de la tumeur se présentait à l'esprit avec les

meilleures chances de succès ; il y avait contre-indication à tenter l'opération par voie endolaryngée, pour les raisons exposées il y a tantôt vingt ans par le chirurgien français Desormeaux. La laryngotomie s'imposait comme la seule intervention efficace, et comme une opération devenue absolument inoffensive, au point qu'on la pratique aujourd'hui chez des enfants et des vieillards, pour porter remède à de simples tumeurs bénignes du larynx. On ne cacha pas, d'ailleurs, au patient, que l'ablation d'un fragment considérable de l'une des cordes vocales pouvait avoir pour conséquence d'altérer la voix d'une façon durable. L'opération, décidée en principe, devait être pratiquée le 21 mai ; la veille au soir tous les préparatifs avaient été faits dans ce but. Une consultation qui eut lieu à ce moment-là, et à laquelle assistait M. Morell Mackensie, mandé avec l'assentiment de MM. Gerhardt et von Bergmann, fit tout ajourner.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ PRATIQUE D'ANTISEPSIE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE ET A L'HYGIÈNE ; premier volume, *Antisepsie médicale*, par le docteur PAUL LE GENDRE. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 1888.

MM. Le Gendre, Barette et Lepage viennent de grouper en un *Traité pratique* les données aujourd'hui acquises sur l'application des doctrines antiseptiques à la thérapeutique et à l'hygiène.

Le premier volume de cette intéressante publication, qui a paru tout récemment, est dû à M. le docteur Le Gendre, chef de clinique adjoint à la Faculté. L'ouvrage est consacré tout entier à *l'Antisepsie médicale*. Il est divisé en deux parties. Dans la première, qui a pour titre : *Notions préliminaires sur les microbes et leur rôle dans la production des maladies*, l'auteur expose en termes généraux l'ensemble de nos connaissances actuelles sur les microbes, leur importance pathogénique et la façon dont l'organisme se défend contre eux. Il y établit la légitimité d'une prophylaxie et d'une thérapeutique antiseptique ; enfin, il donne un exposé précis des principes qui doivent guider les expérimentateurs dans l'étude de la valeur comparative des antiseptiques et les cliniciens dans leur emploi.

La deuxième partie du livre contient l'inventaire détaillé des moyens à mettre en œuvre pour réaliser l'antisepsie, l'examen critique de tous les agents antiseptiques ou réputés pour tels, l'indication de leurs propriétés chimiques et physiologiques et de leur mode d'administration.

Viennent enfin une série de chapitres dans lesquels l'auteur étudie les diverses maladies justiciables d'une thérapeutique et d'une prophylaxie antiseptique. On lira avec un vif intérêt les chapitres qui ont trait à l'antisepsie du tégument externe, de la bouche et du pharynx, de l'appareil respiratoire, du tube digestif, des séreuses, etc.

Tel est le plan suivant lequel a été écrit ce livre. La multiplicité des questions qui y sont débattues fait qu'il échappe à une analyse détaillée. Aussi ne pouvons nous ici qu'en indiquer la texture générale.

Considéré dans son ensemble, cet ouvrage a, selon nous, le double mérite d'établir en termes précis le compte des bénéfices que l'application de l'antisepsie à la thérapeutique médicale a permis de réaliser et d'indiquer, les principes et la méthode suivant lesquels on devra poursuivre la réalisation des progrès non encore accomplis, mais déjà entrevus. Bien qu'elle soit de date toute récente, l'antisepsie médicale a déjà suscité bien des recherches dans l'ordre expérimental et dans l'ordre clinique. Sans doute, la légitimité de cette méthode à peine née d'hier est encore discutée ; sans doute elle est, de l'aveu même de ses partisans, plus riche d'espérances que de résultats positifs. Sans doute, elle sera longtemps encore l'objet de luttes passionnées, de débats contradictoires. Il n'en faut pas moins féliciter M. Le Gendre d'avoir su, par une sélection judicieuse, dégager de la masse déjà considérable des travaux publiés, ce qui semble être acquis désormais de ce qui doit périr. Son ouvrage, qui contient sous une forme excellente tous les éléments d'appréciation, s'offre donc au public médical au moment opportun. Nous lui souhaitons, pour notre part, de grand cœur, tout le succès qu'il mérite d'obtenir.

A. DUTIL.

NOTES & INFORMATIONS

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — L'Administration du Bureau de bienfaisance, par une récente décision, vient de réduire d'un tiers le nombre des docteurs attachés au bureau. Ils étaient 37 ; ils ne seront plus à l'avenir que 24.

L'Administration de ce même bureau a, en outre, décidé qu'à partir du 1er août prochain, le traitement des docteurs, qui était de 500 fr. par an, serait réduit à 300 fr.

Enfin, l'Administration impose une dernière obligation à chaque docteur, celle de recevoir les malades indigents une fois par semaine dans son cabinet particulier au lieu de les visiter à la pharmacie du Bureau.

On en est à se demander si la même Administration, pour prendre cette mesure excessive vis-à-vis d'un personnel chargé d'un service pénible et dont le dévouement a toujours été si parfaitement apprécié dans notre ville, a trouvé le moyen de diminuer le nombre des malades indigents et par conséquent le travail des docteurs qui veulent bien faire ce service ?

Mais il n'en est rien, au contraire ; la situation peut se résumer ainsi : Augmentation considérable du travail, diminution notable des honoraires, les deux cinquièmes !

Cette façon d'exploiter le corps médical se passe de tous commentaires.

(MARSEILLE-MÉDICAL.)

NOUVELLES

COURS DE VACANCES. — M. le docteur G. Ballet, suppléant M. le Peter, fera des conférences de clinique médicale le mardi et le vendredi de chaque semaine. — A 9 h., visite dans les salles.

La première conférence aura lieu le vendredi 24 août, à l'hôpital Necker.

— M. le docteur Kirmisson, agrégé, remplaçant M. le professeur Le Fort à l'hôpital Necker, commencera le jeudi 9 août, à 9 h., des leçons cliniques. Il les continuera les mardi et jeudi de chaque semaine.

— M. le docteur Pengrueber, remplaçant M. le docteur Péan à

l'hôpital Saint-Louis, commencera des leçons de clinique chirurcale le samedi 11 août, à 9 h. 1/2. Il les continuera le samedi de chaque semaine pendant les mois d'août et de septembre.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1888 à MM. les élèves internes de quatrième année (concours de médecine) aura lieu le lundi 3 décembre 1888, à 4 h., à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de 11 h. à 3 h., du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1888 à MM. les élèves internes de quatrième année (concours de chirurgie et d'accouchement) aura lieu le lundi 3 décembre 1888, à 4 h., à l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de 11 h. à 3 h., à l'hôpital de la Charité.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Lundi a eu lieu la distribution des prix à l'Ecole des infirmières de la Pitié; soixante-dix-huit diplômes ont été délivrés cette année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.—M. le docteur Bertin-Sans est nommé, pour trois ans, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté de Montpellier.

— Les concours des clinicats de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de se terminer par la nomination de M. le docteur Diffre, comme chef de clinique obstétricale, et de M. le docteur Estor, comme chef de clinique chirurgicale.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient de conférer, avec d'excellentes notes, le titre de docteur à Mme Tkatcheff, jeune russe qui, déléguée il y a quatre ans à Arles par la Faculté de Montpellier, soigna avec dévouement les victimes de l'épidémie de choléra qui sévissait à cette époque.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Duhem est nommé aide-préparateur de matière médicale et d'hydrologie à la Faculté de médecine de Lille.

M. Locquette est nommé aide préparateur des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Lille.

NANCY. — Sont nommés à la Faculté de médecine, pour l'année 1888-89 :

Laboratoire de chimie. — MM. Thorion, chef des travaux chimiques; Fistié, préparateur de chimie; Voirin, préparateur des travaux pratiques de chimie.

Laboratoire de physique. — M. Bagnéris, agrégé, chef des travaux de physique.

Laboratoire d'hygiène. — M. le docteur Vallois, chef des travaux.

M. Protois est nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy en remplacement de M. Rémond, démissionnaire.

MM. Crepet et Frœlich sont nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de MM. Janot et Sturel, dont le temps d'exercice est expiré.

BORDEAUX. — *Prix de la Faculté.* — Première année : prix, M. Coupry; mention honorable, M. Riffé.

Deuxième année : prix, M. Pépin.

Troisième année : prix, M. Lacaze; mention honorable, M. Baudet.

Quatrième année : prix, M. Lespinasse.

Prix du Conseil général. — Prix de 300 fr. M. Daraignez.

— La Société d'hygiène de Bordeaux vient de décider qu'un prix de 500 fr. sera décerné en 1889 au meilleur travail qui lui sera présenté sur un sujet d'hygiène déterminé. La question mise au concours sera portée ultérieurement à la connaissance des intéressés.

Une médaille d'argent et une de bronze seront, en outre, décernées chaque année aux deux meilleures thèses présentées devant les Facultés de Bordeaux sur un sujet d'hygiène.

— MM. les agrégés Lefour et Carles sont chargés, pour l'année scolaire 1888-89, le premier, d'un cours complet d'accouchements, et le deuxième d'un cours complémentaire de chimie.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Pauchon est nommé professeur de physique à l'Ecole de médecine.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Par arrêté en date du 1er août 1888, des concours s'ouvriront :

1° Le 21 février 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen;

2° Le 25 février 1889, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Merz, suppléant des chaires de pathologie chirurgicale et obstétricale à l'Ecole d'Alger, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

— M. Guillemin est maintenu, pour l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Alger, et chargé, à ce titre, d'un cours de physique.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE — Par décret en date du 30 juillet 1888 a été nommé dans le corps de santé de la marine. Au grade de médecin de deuxième classe :

M. Pierre (Louis-Edouard-Pierre), médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Giraud. Essai sur l'intervention chirurgicale chez le vieillard. — M. Laborde. Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales. — M. Vergoz. Contribution à l'étude du torticolis musculaire par contracture et rétraction. — M. Denis. Contribution à l'étude de la géographie médicale (campagne de Terre-Neuve en 1886). — M. Good. De l'influence de l'impaludisme sur la marche et la guérison des plaies.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE 1886

M. Michel. Etude chirurgicale du sarcome mélanique, son développement sur un nævus pigmentaire. — M. Lenez. Du traitement des tumeurs érectiles, et en particulier de leur extirpation au thermo-cautère. — M. Habert. De la valeur thérapeutique des injections hypodermiques d'eucalyptol et d'iodoforme dans la tuberculose pulmonaire. — M. Watrin. Contribution à l'étude de la

cirrhose hypertrophique sans ictère. — M. Jacob. Etude clinique sur l'antifébrine ou acétanilide.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 29 juillet au samedi 4 aout 1888.

Fièvre typhoïde 7.—Variole 1. — Rougeole 20.— Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 27. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 156.— Autres tuberculoses 27. — Tumeurs : Cancéreuses 35. — Autres 6. — Méningite 19.— Congestion et hémorr. cérébrales 32. — Paralysie 3.— Ramollissement cérébral 7.— Maladies organiques du cœur 53.— Bronchite aiguë 18. — Bronchite chronique 31. — Broncho-pneumonie 21.— Pneumonie 17. — Gastro-entérite : Sein 25. — Biberon 64. — Autres 1. — Fiévre et périt. puerpérales 6. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 20. — Sénilité 19. — Suicides 13. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 140. — Causes inconnues 1. — Total de la semaine: 781 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1886-1887), tome quatrième et dernier, par L. Jaccoud, professeur de clinique, etc.— 1 vol. in-8, avec 25 figures intercalées dans le texte. Prix : 7 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin consultant à la Bourboule. Nouvelle édition. — 1 vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique, deuxième année, 1888. Un volume in-12 de 836 pages. — Prix : 3 francs.— Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci, par le docteur H. Vincent. Une brochure grand in-8o de 95 pages avec figures dans le texte et planches en couleurs hors texte. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La pratique thermale à Amélie-les-Bains, par M. le docteur Louis Delmas, médecin major de 1re classe, avec introduction de M. le docteur Durand-Fardel, membre de l'Académie de médecine. Seconde édition revue et augmentée. — 1 vol. de 112 pages avec 8 planches hors texte. — Prix: 2 fr. 50. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Chirurgie du pied, par le docteur Albert Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec une préface de M. le professeur Richet, membre de l'Institut. Un volume in-8° de 416 pages, avec 145 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr.—Paris, Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix: 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées. — Uréthrotomie interne, par le docteur Reliquet. Une brochure de 13 pages.—Prix : 50 centimes.—Paris, librairie Adrien Delabaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 33 18 AOUT 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS PAR L'EXCISION DU CHANCRE, par M. PAUL THIÉRY, aide d'anatomis de la Faculté.

Suite. — Voir les numéros 31 et 32.

OBS. V (Opération par M. Bazy). — C. O..., âgé de 25 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle I, n° 10, le 11 septembre 1886. Il présente à la face inférieure de la verge un petit chancre syphilitique circulaire de 5 à 6 m/m de diamètre. Le malade a eu des rapports avec des filles publiques quinze et vingt jours avant l'apparition de la lésion. Le début du chancre remonte à quatre ou cinq jours. L'érosion est recouverte d'une pellicule pultacée fort adhérente, indolence absolue, pas ou peu d'induration sous-jacente. Un seul petit ganglion indolent à droite, dont l'apparition coïncide avec le début du chancre.

Nous portons, avec M. Bazy, le diagnostic de chancre syphilitique, mais pour nous mettre à l'abri de toute objection, nous soumettons le diagnostic à l'appréciation de M. Mauriac et de son interne, notre collègue Janet, qui le confirment entièrement et sans restriction.

Le 11 septembre au matin, anesthésie. Excision large du chancre; réunion par des serres-fines; incision inguinale pour énucléer le seul ganglion appréciable de la région; il est horizontal et présente un grand diamètre de 20 m/m.

Nous avons voulu encore, dans cette recherche, nous prémunir contre toute cause d'erreur et pour donner une preuve indiscutable de la spécificité de l'accident. Quelque incrédule qu'on fut dans le cas d'un résultat positif de la méthode, nous avons inoculé les produits de ce chancre à un autre malade syphilitique avéré avec chancre et roséole.

Nous allons au-devant de l'objection que l'on pourrait nous faire en ce qui concerne cette preuve expérimentale; elle est absolument innocente, puisque la conséquence la plus grave qui ait pu survenir chez le sujet inoculé était l'apparition d'un chancre mou, et encore cette hypothèse était fort peu probable, étant donné les caractères objectifs du chancre qui, bien que non induré, prêtait peu à la confusion.

Nous avons vu d'ailleurs, depuis que Fontoppidan avait suivi le même mode expérimental, que l'inoculation du malade fut négative. Nous étions donc bien en présence d'un chancre syphilitique.

Le lendemain, les serres-fines sont enlevées; bonne réunion. Le 14, la cicatrice est à peu près nulle.

Le 14 septembre, on enlève les 5 points de crin de Florence qui réunissent la plaie inguinale; bonne réunion. *Peut-être* un peu d'induration des ganglions sous jacents (?)

Le 17, apparaît une très légère érosion près du frein, érosion simple qui ne paraît avoir aucun rapport avec l'accident primitif. Par surcroît de précautions, elle est réprimée par le thermocautère.

Le malade sort de l'hôpital le 22 septembre sans accidents spécifiques.

Par malheur, il quitte Paris et va en province, où il doit tenir

FEUILLETON

DES RÊVES MORBIDES

Ægri somnia.
HOR.

Quel est le rôle que jouent les rêves dans les maladies?

Ce sujet est presque vierge encore. On trouve bien éparses, çà et là, quelques observations de rêves morbides, mais sans suite, sans ordre, non coordonnées par un but précis et déterminé. Il serait donc à désirer que les médecins dirigeassent leurs vues vers un point si intéressant. Il ne pourrait en résulter que des enseignements utiles pour la pratique de l'art.

Nous n'avons point la prétention de traiter ici d'une manière approfondie ce sujet spécial, qui demanderait un champ d'observation autre que celui dont nous disposons. Cependant, ne fût-ce que pour appeler l'attention des praticiens, nous allons essayer de combler en partie cette lacune, en recueillant les éléments épars çà et là dans la science, afin de les réunir, le plus méthodiquement qu'il nous sera possible, en un corps de doctrine.

Les rêves morbides peuvent précéder les maladies, les accompagner une fois qu'elles sont développées, ou bien constituer par eux-mêmes des maladies.

En d'autres termes, les rêves peuvent être prodrômiques, symptômatiques ou essentiels.

CHAPITRE I

RÊVES PRODRÔMIQUES

Il y a quelques années, M. de Rossi, professeur à l'Observatoire de Brocca di Papo, a fait une nouvelle et merveilleuse application du microphone à l'observation à distance des commotions volcaniques.

M. de Rossi a présenté son appareil à M. Palmieri, le célèbre directeur de l'Observatoire du Vésuve, et tous deux se sont transportés à la solfatare de Pouzzoles, où la terre est dans un état

le docteur L..., ancien interne des hôpitaux de Paris, au courant de ce qui s'est passé. Nous prenons son adresse.

Depuis, et malgré des tentatives nombreuses, nous n'avons pu obtenir de nouvelles de lui.

Obs. VI (Opération personnelle). — Ch. J..., âgé de 17 ans, entre au Midi, salle I, nº 14, le 4 octobre 1886.

Il présente un chancre syphilitique de caractères objectifs indiscutables survenu un mois après le coït suspect, siégeant sur le limbe du prépuce en un point facilement accessible. Le début, au dire du malade, remonte à huit jours seulement. Cependant il existe de l'adénopathie, peu marquée il est vrai, et peut-être « physiologique », néanmoins appréciable.

Excision suivant le mode habituel le 5 octobre. Le chancre seul est excisé; les ganglions sont respectés. Les serres-fines étant enlevées le lendemain et la réunion étant complète, le malade demande sa sortie (6 octobre) en promettant de venir nous revoir.

Il n'a point répondu à nos lettres.

Obs. VII (Opération personnelle). — O. J..., âgé de 33 ans, entre dans le service, salle II, nº 3, le 4 octobre 1886.

Le malade est porteur d'un chancre syphilitique voisin du sillon balano-préputial. Caractères objectifs nets. De plus, le chancre est survenu quarante jours après le coït suspect. Son apparition remonte à huit jours.

Je pratique l'excision le 5 octobre, et le jour de l'excision j'inocule ce chancre à un syphilitique avéré; il ne donne naturellement aucun résultat positif.

La réunion est obtenue par première intention, et le malade sort le 9 octobre. Nous n'avons pu obtenir de ses nouvelles.

Obs. VIII (Opération personnelle). — L. J..., 33 ans, vient nous consulter pour un chancre syphilitique en novembre 1886. Ce chancre date de dix jours. Nous l'excisons, et le malade quitte l'hôpital trois jours après son opération. Il devait revenir nous voir.

Surpris de ne l'avoir point revu, nous lui avons écrit dernièrement et nous avons appris qu'il était mort depuis des suites d'une affection pulmonaire aiguë (pneumonie ?) On n'a pu nous donner aucun renseignement sur son état de santé habituelle.

Obs. IX (Opération personnelle). — C..., âgé de 23 ans, entre à l'hôpital du Midi, salle I, le 31 janvier 1887.

Chancre syphilitique net datant de quinze jours, siégeant à la face dorsale du fourreau, non loin de la base du prépuce. Depuis un mois déjà, le malade a remarqué un « très petit bouton rouge qui, grossissant petit à petit, n'a guère que depuis quinze jours les caractères du chancre ». Le coït est ancien, ne peut être précisé. En tout cas, il date de plus de quinze jours. Petits ganglions. Le malade ne croit pas qu'ils aient existé avant l'érosion chancreuse.

Nous pratiquons l'excision le soir de notre dernier jour d'internat à l'hôpital du Midi et nous enlevons les 8 serres-fines (excision large) qui a nécessité la réunion le 1er février au matin. La réunion est excellente.

Nous quittons le service, et c'est seulement le 22 juin 1888 que nous revoyons le malade, après lui avoir écrit.

Il nous dit être resté encore onze jours après notre départ dans le service de M. Humbert. Pendant ce temps, on a appliqué de la teinture d'iode sur les ganglions (huit jours environ).

Après sa sortie de l'hôpital, il a pris chez lui environ 150 à 200 pilules de protoiodure (3 centigr. chacune) et depuis n'a suivi aucun traitement.

Les ganglions ont complètement disparu. La cicatrice opératoire est à peu près nulle; elle n'a jamais présenté d'induration.

Le malade n'a jamais eu de roséole, de plaques gutturales ou anales, d'angine ou de céphalée. Pas de croûtes dans les cheveux: ceux-ci ne sont pas tombés. En résumé, il n'a eu aucun signe d'infection syphilitique. Le malade, intelligent, est très affirmatif à cet égard. Il n'a présenté et ne présente qu'une légère éruption d'acné sus-scapulaire, qui offre tous les caractères de cette affection et ne peut prêter à aucune confusion.

Obs. X (Opération personnelle). — M..., étudiant en médecine, âgé de 23 ans, vient nous consulter dans les circonstances suivantes:

Ce malade qui, dans la crainte de contamination vénérienne, n'a jamais eu de rapports sexuels, voit le 29 septembre 1886 une femme syphilitique; nouveau coït le 4 octobre, à la suite duquel le docteur R... constate nettement chez cette femme des manifestations syphilitiques de la vulve et des piliers du voile du palais

M... a été opéré d'un phimosis; à la suite de l'opération, il est resté à la face inférieure de la verge, au niveau du frein, une petite fissure qui s'ulcérait parfois.

A partir du 24 octobre (vingt jours après le coït), cette fissure présente un léger suintement; elle s'étale. Le 30, légère induration de la base.

Sans plus attendre, et l'érosion ayant une tendance à s'accroître, je pratique l'excision le 2 novembre. Serres-fines, pansement iodoformé. Depuis, cicatrice invisible, sans induration

Quinze à vingt jours après, légère poussée du côté des ganglions inguinaux, difficile à différencier de poussées semblables antérieures à l'oxydation, qui ont laissé depuis longtemps une hypertrophie chronique dûment constatée par le malade.

---

constant d'agitation. Les bruits entendus à l'aide du microphone ont été si formidables que les assistants en ont été terrifiés. On en aura une idée lorsque je dirai que les pas d'une mouche atteignent, à l'aide du microphone, l'intensité des bruits produits par un cheval au galop.

Une exagération si prodigieuse des bruits fournis par cet instrument nous fait espérer qu'on parviendra tôt ou tard à percevoir le bruit produit par les mouvements moléculaires silencieux qui entretiennent les flammes de la vie dans l'organisme, et à plus forte raison les processus pathologiques qui s'effectuent au sein des organes malades. Dès lors, il sera peut être donné d'étouffer à leur état naissant plusieurs maladies qui, aujourd'hui, ne deviennent apparentes que quand leurs ravages sont déjà avancés.

J'avais communiqué ces idées à un savant électricien de mes amis, le comte de Moncel, de l'Institut et membre correspondant de notre Société, qui parut les goûter, car il chargea un jeune médecin de Paris, le docteur Fournol (je crois) d'entreprendre quelques expériences à ce sujet.

Depuis, M. du Moncel, de très regrettable mémoire, étant mort encore dans la force de l'âge et du travail, je n'en ai plus entendu parler.

Ce qui me porte à croire qu'un tel résultat peut être atteint, c'est que le processus pathologique dont il est question est perçu pendant le sommeil. Certains rêves, en effet, peuvent être considérés comme des signes précurseurs d'une maladie non encore développée, c'est-à-dire à l'état d'incubation.

Et déjà sir A. Graham a trouvé une méthode électrique servant à déterminer, par le moyen d'une aiguille, la position et la profondeur d'un projectile ou tout autre corps métallique dans l'organisme.

Cette aiguille communique à l'un des bouts d'un téléphone, que le chirurgien tient à son oreille; l'autre bout est mis en communication avec la peau du patient. Lorsque la pointe de l'aiguille rencontre la balle de plomb, une pile se trouve naturellement formée par le plomb et la surface métallique appliquée sur la peau. Il en résulte qu'un courant électrique traverse les bobines du téléphone et que celui-ci fait entendre un bruit assez intense chaque fois que l'aiguille touche le plomb. Le chirurgien peut alors

Je surveille pendant trois mois l'apparition d'une roséole; celle-ci fait défaut. Pas de plaques muqueuses, un peu de psoriasis buccal. Mais le malade y est sujet; quelques écailles épidermiques de la paume de la main, sans psoriasis.

En janvier, angine aiguë, douloureuse, fébrile, avec quelques produits pultacés, sans aucun caractère spécifique. Résolution en une huitaine de jours.

Il survient une poussée ganglionnaire du côté du cou; l'angine fait place à une hypertrophie chronique des amygdales, sur laquelle les cautérisations au thermocautère font le meilleur effet.

Depuis, le malade a présenté quelques accidents rhumatismaux: angurie, douleurs articulaires, etc., une poussée furonculeuse extrêmement rebelle constatée par notre maître, M. le professeur Verneuil; mais il n'a eu à aucun moment un seul accident spécifique dont le diagnostic put être affirmé Il n'a jamais suivi de traitement spécifique avant l'apparition des accidents rhumatismaux. La santé était excellente; il semblait même, dit le malade, qu'elle fut meilleure que les années précédentes.

Nous le voyons encore souvent. Il se porte bien et n'a point présenté de signes d'infection évidents.

Nous pourrions ajouter que les principaux détails de cette observation ont été notés par le malade lui-même. Ils nous ont paru très exagérés, et cette remarque s'explique par l'état d'inquiétude nerveuse dans lequel s'est trouvé le malade, véritable nosomanie passagère.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Plaie par projectile de guerre. — Oblitération artérielle et veineuse. — Circulation supplémentaire et collatérale, par E. Potherat, prosecteur à la Faculté.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre éminent et vénéré maître, M. le professeur Damaschino, à l'hôpital Laënnec. Nous verrons bientôt comment son cas tout chirurgical avait pu l'amener dans un service médical.

Cet homme ne présentait rien dans ses antécédents héréditaires, et son passé morbide personnel était peu chargé. Né à Paris, il y a commencé et exercé constamment la profession de maçon; il a toujours été fort et robuste.

Appelé par le service militaire dans l'infanterie de marine, il y resta onze années, pendant lesquelles il a habité neuf ans les colonies et deux ans la mère-patrie.

Pendant son séjour aux colonies, il ne fut atteint d'aucune maladie, sauf d'une dysentérie fort légère n'ayant duré que quinze jours environ.

A Sedan, en 1870, il fut blessé sur le champ de bataille. Mais nous allons y revenir.

Depuis lors, constamment bien porté. On peut dire qu'il n'a pour ainsi dire pas de passé morbide.

Cependant, dès que l'on met cet homme à nu, on est immédiatement frappé par l'aspect que présente sa paroi abdominale et sa paroi thoracique.

Il y existe une circulation veineuse très développée; les veines dilatées, variqueuses, décrivent sous la peau de grosses et nombreuses sinuosités, et en quelques points, particulièrement un peu au-dessous de l'ombilic, forment un véritable paquet variqueux. On distingue ainsi très nettement près de la ligne médiane, en haut, plusieurs branches tributaires des veines mammaires internes; plus en dehors, on suit nettement les veines thoraciques longues ou mammaires externes dilatées et sinueuses jusque dans l'aisselle; en bas, nous voyons les origines des veines épigastriques au devant du grand droit, mais surtout les veines sous-tégumenteuses abdominales très développées et plus en dehors des troncs veineux répondant au trajet de l'artère circonflexe iliaque.

Ces troncs partent tous de la région ombilicale et se rendent, les uns vers la partie supérieure du tronc, les autres vers la racine du membre inférieur; il en existe encore d'autres qui s'incurvent autour du tronc pour se rendre au même point où aboutissent enfin 2 à 3 veines venues de la fesse où leur trajet sinueux est très apparent. Toutes ces branches abdominales ou fessières aboutissent à 2 ou 3 trous sinueux très gros qui rampent le long du pli de l'aine.

Ces dilatations veineuses, qui sont très manifestes lorsque le malade est examiné au lit, le deviennent bien plus lorsqu'on le fait marcher quelques instants ou seulement lorsqu'on le prie de rester debout. Elles forment alors de gros cordons en relief, dont quelques-uns ont un volume comparable à celui du petit doigt.

Le développement des veines du tronc est donc incontestable, mais il faut ajouter qu'il n'existe que sur la moitié droite du tronc. Le côté gauche est normal; la disposition pathologique ne dépasse pas la ligne médiane.

A un examen superficiel, on aurait pu croire qu'il s'agissait d'une cirrhose atrophique du foie, avec développement d'une circulation supplémentaire de la veine porte; c'est même la cause pour laquelle cet homme avait été envoyé dans un service de médecine. Mais devions-nous nous arrêter à ce diagnostic?

---

pratiquer une incision en toute confiance et même se servir de l'aiguille comme un guide pour son bistouri.

Voilà déjà un commencement qui semble donner raison à ma conception.

Mais, en attendant que le microphone soit utilisé en médecine, étudions les rêves dans les maladies et voyons s'il est possible d'en tirer partie dans l'intérêt des malades.

La sensibilité, comme on sait, acquiert parfois une intensité prodigieuse pendant le sommeil et surtout dans l'hypnotisme. La plus légère impression, celle qui résulte de la piqûre d'une puce, d'un pli du drap dans lequel nous sommes couchés, peut donner naissance à une multitude de rêves, dont un patient observateur pourra tirer des inductions d'une plus ou moins grande importance.

Ainsi, le propre de certains rêves est d'exagérer les sensations, tant internes qu'externes, au point qu'une piqûre d'insecte devient un coup d'épée, la converture qui nous couvre un poids énorme, l'engourdissement d'un membre la paralysie de ce même membre.

Aristote avait déjà remarqué cette exaltation singulière dans l'état des rêves, là où il dit: « Dans le sommeil, les plus petits mouvements paraissent énormes; on s'imagine entendre la foudre et les éclats du tonnerre, on croit traverser des brasiers et être brûlé parce qu'on a quelque cuisson dans une partie quelconque du corps. » (*De Divinatione ex insomniis*, chap. Ier, p. 37.) Et il avait essayé d'attirer l'attention des hommes de l'art sur ce point. Mais les paroles du grand stagyrite demeurèrent stériles; il en sera sans doute ainsi des miennes, infiniment moins autorisées.

Le comte de N...., dit Moreau (de la Sarthe), chez lequel j'ai observé pendant plusieurs mois, et sans pouvoir l'arrêter, le développement d'une péricardite chronique latente, s'était trouvé d'abord et constamment tourmenté chaque nuit par des rêves pénibles; ces rêves avaient attiré mon attention; ils me donnèrent un premier aperçu sur le véritable caractère de son état et m'inspirèrent de tristes pressentiments, que l'issue funeste de la maladie ne justifia que trop dans la suite.

« Du reste, ajoute ce praticien distingué, la constriction, le resserrement de poitrine pendant le sommeil, l'oppression, l'impression de souffrance, d'irritation, qui peuvent résulter d'une

Evidemment non. Non seulement parce que cet homme n'était pas un alcoolique, non seulement parce qu'il y avait absence d'ascite et que le foie était plutôt un peu développé, non seulement parce qu'il n'y avait aucun trouble digestif, mais encore et surtout à cause du développement considérable et tel qu'on ne l'observe pas dans la cirrhose atrophique du système veineux, et principalement parce que ce développement atteignait une étendue et des troncs qui ne peuvent être atteints dans la cirrhose atrophique, ainsi qu'on le comprendra en reportant sa pensée à la situation des systèmes portes accessoires du foie. Pour les mêmes raisons, et plus encore même, toute idée de tumeur du foie ou de l'abdomen comprimant la veine porte devait être rejetée.

Il fallait donc chercher dans une toute autre voie l'explication de cette remarquable disposition veineuse. Notre attention se porta de suite sur les veines iliaques et fémorales. Au cours de notre exploration, nous pûmes ainsi constater un développement exceptionnel de veines à la surface de la verge et de la moitié droite du scrotum. La bourse droite, plus volumineuse que la gauche, descend aussi plus bas, contrairement à la disposition ordinaire; l'exploration du cordon permet de constater qu'il y a de ce côté un varicocèle d'un volume restreint.

Les membres inférieurs présentent l'un et l'autre des varices superficielles; mais celles-ci sont déjà plus apparentes du côté droit, le malade étant au lit. Mais la différence éclate lorsque le malade est debout depuis quelques instants; les saphènes droites forment alors d'énormes serpents veineux enlacés sur le mollet, et se traînant en de nombreuses et énormes ondulations sur la face interne de la cuisse. Arrivée en haut, la saphène interne qui forme plusieurs troncs s'anastomose à plein canal avec les gros troncs veineux que nous avons signalés plus haut, rampant dans le pli de l'aine. En outre, tout le membre inférieur est considérablement augmenté de volume et, même au lit, il reste plus gros que celui du côté gauche. Le malade raconte que ce membre droit se fatigue rapidement, que lui-même triomphe pendant quelques jours de cette fatigue, mais que bientôt elle l'oblige à un repos momentané pour pouvoir continuer ses occupations.

L'examen des téguments de ce membre montre une nutrition un peu languissante; il y a de nombreuses taches pigmentaires, et il y a eu, il y a deux ans, de petits ulcères. A gauche, les varices sont moins apparentes, moins volumineuses, et la peau n'a pas subi de troubles appréciables de la nutrition.

Donc, il y a sur ce membre inférieur droit aussi, un développement anormal du système veineux superficiel. Or, celui-ci ne peut s'expliquer que par un obstacle à la circulation dans les veines profondes, et comme il s'étend à tout le membre, ce développement, l'obstacle doit siéger à la racine même.

C'est alors que notre attention se fixe sur une cicatrice que porte le malade au-devant de la région inguino-crurale droite. Cette cicatrice blanche, étendue, un peu obliquement de haut en bas, de dehors en dedans, au-devant de la face interne de la cuisse, à 3 centimètres environ au-dessous de l'arcade, mesure environ 10 centimètres dans son grand axe, qui croise en X l'axe des vaisseaux fémoraux, et 3 à 4 centimètres, transversalement. Au-dessous d'elle, rien à noter; mais au-dessus nous sentons nettement un cordon dur, verticalement étendu, du volume du pouce, répondant exactement à la situation des vaisseaux et se prolongéant sous l'arcade jusque dans la fosse iliaque, où on le perçoit encore un peu.

Au-dessous de l'arcade, entre elle et la cicatrice, l'exploration la plus attentive ne permet pas de sentir le moindre battement artériel; on le sent facilement au même point sur le membre du côté opposé.

Un peu au-dessus de l'arcade, en dedans du trajet des vaisseaux iliaques figurés sur l'abdomen, et dont on percevait les battements en déprimant fortement la paroi, on sent, disons-nous, de petites pulsations artérielles dues incontestablement à l'artère épigastrique.

De cette exploration il résulte donc qu'il y a oblitération de l'artère fémorale à son origine, et sans doute aussi de la veine fémorale.

C'est alors que nous interrogeons ce malade sur l'origine de cette grande cicatrice, et voici ce qu'il nous raconte :

En 1870, à la bataille de Sedan, il reçoit un éclat d'obus du volume d'une mandarine environ, qui vient le frapper en ce point, pénétrant profondément dans les chairs avec un fragment de capote emporté en passant. Le blessé perd immédiatement connaissance. Lorsque trois heures environ plus tard il reprend connaissance, il était avec de nombreux blessés, sans pansement, étendu dans l'église de Sedan. Cinq à six heures plus tard, des infirmières passent simplement sur la plaie quelques tours de bande de toile, sans pansement. Notons que cette plaie saignait peu actuellement, le fragment d'obus et le morceau de drap étant restés fixés dedans.

Il est alors, avec d'autres blessés, placé dans un vagon à bestiaux et dirigé sur Mayence, où il arrive trois jours plus tard; là reste encore trois jours sans soins. Enfin, six jours après son accident, on lui enlève la bande appliquée à Sedan et on soumet la plaie à l'irrigation continue; le corps étranger est toujours dans la plaie.

Enfin, quatorze jours après la bataille, on prend notre homme, on le fixe solidement avec des lanières de cuir sur une planche, et sans anesthésie quelconque on extrait avec de fortes pinces le

---

phlegmonie latente, d'une congestion sanguine, d'un état rhumatismal ou névralgique de quelques-uns des organes renfermés dans cette cavité pourront occasionner différentes espèces de rêves, qu'un observateur attentif aura soin de remarquer. » (Gr. dict. des méd., art. *Rêves*.)

Plusieurs fièvres ataxiques, le typhus, la fièvre typhoïde, l'apoplexie, les convulsions des enfants sont parfois signalées par des rêves.

Les différents modes d'affections morbides des viscères du bas-ventre pourront également être soupçonnées, avant leur apparition, par la nature et le sujet des rêves.

Les congestions sanguines, certaines hémorrhagies, sont quelquefois amenées par des songes particuliers, caractéristiques. Ce sont des incendies, des spectacles sanglants, des scènes de meurtre qui troublent le sommeil des personnes qui vont en être atteintes. Galien annonça qu'une crise hémorrhagique allait avoir lieu par la pituitaire chez un sujet qui avait des rêves *rouges*, si je puis m'exprimer ainsi.

Certaines femmes d'un tempérament sanguin sont aussi tourmentées par ces sortes de rêves à l'approche de leurs époques. La menstruation est alors ordinairement difficile et douloureuse.

Certaines hémorrhagies périodiques sont également précédées par des rêves semblables. Un médecin, dont parle Moreau (de la Sarthe), avait été, pendant sa jeunesse, sujet à de pareilles hémorrhagies, mais sans rêves ni troubles pendant le sommeil. Dans un âge avancé, les hémorrhagies, qui ne furent pas aussi fréquentes, étaient toujours précédées d'une irritation générale annoncée pendant la veille par l'état du pouls, la chaleur de la peau et, pendant le sommeil, par des rêves pénibles.

Ces rêves roulaient presque exclusivement sur des actions violentes, dans lesquelles le malade croyait tantôt se battre et recevoir des blessures, tantôt marcher sur un volcan ou se précipiter dans des gouffres de feu. Ainsi le processus pathologique des viscères de la poitrine et de l'abdomen, tout à fait insensibles pendant la veille, donne parfois naissance à une foule de rêves auxquels la séméiologie doit accorder une certaine importance, car, dans ces cas, les rêves sont un indice précieux qu'il ne faut pas négliger.

Les maladies, en effet, commencent toujours par un processus

morceau d'obus et les débris de drap. Le sang s'écoule aussitôt en grande abondance, on tamponne fortement avec des morceaux d'amadou; le lendemain, toute hémorrhagie a cessé; on réinstalle l'irrigation continue à l'eau ordinaire froide, et deux mois plus tard le blessé était guéri.

C'est peu de mois plus tard qu'il commença à s'apercevoir que sa jambe droite était plus faible et augmentait de volume dans la station debout et par la marche. Bientôt il découvrit les varicosités du tronc, qui n'ont fait que s'accroître depuis.

Telle est cette observation, au moins fort curieuse, qui nous montre une oblitération des vaisseaux fémoraux, artère et veine à la racine de la cuisse, suivie d'un rétablissement de la circulation artérielle, probablement par les anastomoses des fessières, ischiatiques, obturatrices, avec la circonflexe postérieure et les arcades des perforantes.

Il est bon de faire remarquer que cette oblitération de la fémorale, à son origine, n'a pas amené de gangrène, ce qui est assez rare pour que l'on substitue avec avantage à sa ligature celle de l'iliaque externe. La circulation veineuse s'est faite par les voies superficielles, en sens inverse du courant sanguin dans les veines de la paroi abdominale. Mais ce rétablissement collatéral est insuffisant lorsque le malade est debout, et le sang veineux s'accumule dans le membre inférieur droit, qui devient violacé et très volumineux.

Il est également intéressant de noter à quel danger de mort cet homme a échappé; on comprend que la présence de l'éclat d'obus dans la plaie, et surtout revêtu d'un morceau de drap, ait pu éviter l'hémorrhagie immédiate, qui eût été rapidement mortelle. Mais ce même corps étranger, protecteur en ce moment, devenait un danger dans les jours suivants, un danger redoutable d'infection, et on peut dire que c'est merveille qu'aucun accident septique sérieux n'ait apparu chez cet homme blessé pendant la bataille, probablement couvert de boue, dont la capote, probablement maculée, avait laissé un morceau dans la plaie, qui voyage ensuite dans des conditions défectueuses de propreté, et cela pendant quatorze jours. Enfin, il est bien évident qu'aucun traitement véritablement efficace ne pouvait être fait à ce malade, et que le seul conseil que nous pouvions lui donner était de porter un caleçon élastique, et même un maillot, qui protégerait ses veines dilatées et faciliterait la circulation du sang dans leur intérieur.

REVUE DE TOXICOLOGIE

I. UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE PHÉNIQUE, par le docteur BRIGGS (*The Sacramento Medical Times*, 1887. et *Therapeutische Monatshefte*, 1888, n° 2, p. 91).—II. UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE PHÉNIQUE, par le docteur JENNI-TEMME (*Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte*, 1887, n° 87).—III. UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LE CHLOROFORME INGÉRÉ *per os*, par le docteur R. HOFFMANN (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, n° 6, p. 308).—IV. EMPOISONNENENT DE TOUTE UNE FAMILLE PAR LA VANILLE, par le docteur KUPKE (*Allgemeine medic. Central-Zeitung*, 1888, n° 30).—V. ACCIDENTS D'INTOXICATION CONSÉCUTIFS A L'APPLICATION D'UN EMPLATRE A LA CANTHARIDE, par le professeur DEMME (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, n° 2, p. 92).

I. Le docteur WALLACE A. BRIGGS, de Sacramento, en Californie, a publié un cas d'empoisonnement par l'acide phénique, survenu chez une femme, à la suite de l'injection dans le vagin d'un *quart* d'eau additionnée d'une cuillerée (à thé) d'acide. Environ 50 gr. de la solution avaient pénétré dans le vagin, lorsque la femme se mit à crier qu'elle se sentait très mal. Puis, appliquant la main sur la région de l'utérus, elle ajouta qu'il lui semblait que quelque chose la brûlait en cet endroit. Sa figure était devenue pâle, sa respiration pénible. Les muscles étaient agités par un léger tremblement; la mort paraissait imminente. Au moment où M. Briggs vit la malade, l'état était le suivant : Respiration stertoreuse (10 R. à la minute); pouls à peine perceptible; bruits du cœur difficiles à percevoir; peau froide, couverte de sueur; température interne, au-dessous de la normale. Abolition des réflexes.

En fait de traitement, M. Briggs prescrivit des injections sous-cutanées de whisky, des applications de boules d'eau chaude aux pieds et sur les côtés du corps. Au bout de cinq heures et demie environ, la malade parut reprendre connaissance; elle resta huit jours sans pouvoir parler, et son rétablissement ne fut complet que 39 jours après l'accident.

---

pathologique latent, mais qui n'a pas moins lieu, dans les profondeurs des tissus. C'est ce qu'on appelle la période d'incubation. Pendant cet état, les patients jouissent, en apparence, d'une parfaite santé, et ils se sont assurément loin de se croire menacés d'un imminent danger.

Eh bien, pendant le sommeil, ce processus morbide latent peut, dans certains cas, devenir sensible en provoquant des rêves qui ont des rapports plus ou moins directs ou réflexes avec l'organe dans lequel s'opère ce travail silencieux.

Supposons, par exemple, que l'organe lésé soit le foie ou le cœur, ou le rein. Le malade rêvera qu'il est percé par une épée, un poignard qui traversera ces organes, et, si ces rêves se répètent plusieurs fois dans des temps rapprochés, il sera permis de les soupçonner comme des signes précurseurs d'une affection plus ou moins grave, dont la médecine pourra peut-être prévenir les effets par des moyens appropriés. Les exemples suivants prouvent la vérité de mon assertion :

Arnaud de Villeneuve rêve qu'il est mordu à la jambe par un chien, et quelques jours après un anthrax se développe dans le même point.

Galien parle d'un malade qui se vit, en rêve, portant une jambe de pierre, et cette même jambe ne tarda pas à être frappée de paralysie.

Le savant Conrad Pesner rêva une nuit qu'il était piqué au côté gauche de la poitrine par un aspic, et une lésion grave et profonde se montra, peu de jours après, dans cette même région. C'était un anthrax, qui se termina par la mort cinq jours après.

Isbrand de Djemerbrœk rapporte, dans son livre de *Peste*, que Roger d'Oxteyn s'était endormi plein de santé; vers le milieu de la nuit, il vit en songe un pestiféré tout nu qui l'attaqua avec fureur, le terrassa après une lutte acharnée et, le maintenant entre ses cuisses écartées, lui vomit sa peste dans la bouche. Trois jours après il fut pris de la peste, dont il mourut.

M. Teste, l'ancien ministre du gouvernement de Louis-Philippe, mort à la Conciergerie, rêva, trois jours avant sa mort, qu'il était frappé d'une attaque d'apoplexie, et, trois jours après son rêve, il succombait effectivement à cette affection.

Une jeune femme, à laquelle j'ai donné des soins, voyait souvent en songe les objets confus comme à travers un brouillard, et elle devint amblyopique.

II. Voici un fait qui contraste avec le précédent par la tolérance relative que la victime a présentée pour une dose d'acide phénique réputée mortelle.

Une femme de 44 ans, qui était sujette au vertige, avala par erreur une cuillerée à bouche d'acide phénique, en puisant dans une fiole qu'elle supposait contenir une solution de bromure de potassium.

On estima à 8 gr. 4 la quantité de poison ingérée. Sitôt que cette femme se fut rendu compte de sa méprise, elle vint en proie à une grande terreur, au point de perdre connaissance. Dans les premiers moments, elle avait en l'idée de boire de l'eau, puis du lait. Environ dix ou quinze minutes après la mésaventure, des douleurs se déclarèrent. La malade se roulait sur son lit, en poussant des cris; elle éprouvait des envies de vomir qui n'aboutissaient pas. On lui fit avaler une solution concentrée de bi-carbonate de soude; les douleurs s'atténuèrent, et la malade reprit possession d'elle-même.

Le médecin vit la malade une heure après l'accident; elle était en proie à une grande angoisse. Les lèvres étaient blanches, la face livide, la respiration irrégulière, ainsi que le pouls (84-88). La peau était moite. L'inspection de la bouche fit constater de la rougeur à la pointe de la langue, sur le pilier gauche du voile du palais et sur la paroi du pharynx. A la lèvre inférieure se voyait un commencement d'escharification sur une étendue de 3/4 de centimètre. Le médecin fit continuer l'administration du bi-carbonate de soude en solution concentrée; il prescrivit des badigeonnages d'huile d'amandes douces sur les lèvres, la langue et le voile du palais; entre temps, la malade ingéra de cette huile, par cuillerées à bouche. Un peu plus tard, on fit prendre à la malade un vomitif. Elle rendit des matières qui dégageaient une forte odeur d'acide phénique. A partir de ce moment, elle se sentit considérablement soulagée. Le lendemain, elle ne se plaignait plus que d'une sensation de brûlure dans l'arrière-gorge, surtout au moment de la déglutition. On continua l'administration interne de l'huile d'amandes. Les urines et les matières fécales rendues par la malade répandaient une odeur phéniquée. Neuf jours après l'accident, cette femme était complètement rétablie.

III. Un homme de 50 ans avala une cuillerée à bouche de chloroforme pur, alors qu'il croyait ingérer la même quantité d'une solution d'iodure de potassium. Il se mit aussitôt à pousser des cris et tomba sans connaissance. Une dizaine de minutes après l'accident, M. Hoffmann trouva le malade plongé dans un profond sommeil; pouls faible, à peine perceptible. L'haleine répandait l'odeur du chloroforme. La figure et les extrémités étaient froides, couvertes d'une sueur visqueuse. Le médecin fit ouvrir les portes et les fenêtres de la chambre du malade. Il opéra le lavage de l'estomac avec du lait tiède; le produit du lavage ne contenait pas de chloroforme. En pratiquant sur le malade la respiration artificielle, on le fit revenir à lui assez pour pouvoir lui faire absorber un vomitif; on lui l'amena à rendre du lait mélangé de chloroforme. Après quoi, le médecin fit au malade une injection sous-cutanée de nitrate de strychnine (1/2 milligramme). On exhorta le malade à résister à l'envie de dormir et à respirer à pleins poumons, et on fit prendre un peu d'éther sur du sucre. Au bout de trois heures, il pouvait être considéré comme hors de danger. Il raconta alors, qu'au moment d'avaler le liquide, il avait éprouvé une sensation de feu dans la gorge, après quoi il avait perdu conscience de ce qui se passait.

IV. Dans une famille composée de six personnes éclata, le 8 mai dernier, une véritable épidémie caractérisée par les symptômes suivants : vomissements, diarrhée, crampes douloureuses dans la région ombilicale, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls avec légère accélération.

Les deux servantes de la maison étaient le plus gravement atteintes; en proie à une grande prostration, elles poussaient des gémissements continus.

Le médecin appelé dans la famille s'informa du menu du dernier repas de la veille, et il apprit que tous les malades avaient mangé d'un met relevé par une sauce à la vanille, à laquelle tout le monde avait fait grand honneur. Selon toute apparence, on avait donc affaire à un empoisonnement par la vanille, hypothèse d'autant plus vraisemblable qu'il n'y avait aucune raison de soupçonner un empoisonnement par les métaux.

Le médecin se borna à prescrire de petites doses de chloral pour calmer les douleurs d'entrailles, résultat qui fut atteint très rapidement.

Le lendemain, tous les malades étaient rétablis. M. Kupke a fait remarquer que si l'ingestion de « glaces » à la vanille oc-

---

Une autre de mes malades rêve (c'était à l'époque de ses menstrues) qu'elle adresse la parole à un muet qui ne lui répond pas et, à son réveil, elle est aphone.

Depuis que mon attention est fixée sur ce sujet, j'ai observé plusieurs de ces rêves précurseurs. J'ai soigné une jeune femme qui fut prise de palpitations violentes, à la suite de rêves pénibles et prolongés, et elle succomba plus tard à une maladie du cœur.

J'ai donné des soins à une jeune personne asthmatique qui, huit jours avant l'accès, fut constamment assaillie par des rêves pénibles et effrayants.

Mais, de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, ce sont surtout les névropathies et particulièrement la folie qui sont le plus souvent précédées par des rêves bizarres et extraordinaires qui, par leur nature, peuvent faire connaître le genre de névrosie ou de névropathie dont on est menacé. On ne saurait, en effet, douter que le délire et en particulier l'état hallucinatoire chez les aliénés n'ait souvent son point de départ, sa source première dans l'état de sommeil.

Les songes qui se manifestent dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil (rêves hypnogogiques) précèdent quelquefois de plusieurs mois, de plusieurs années même, le développement des hallucinations.

Il est à remarquer que dans ces cas les rêves sont mieux dessinés, plus accentués et se gravent mieux dans la mémoire qu'en état de santé. Aussi, Leuret et Baillarger les rangent-ils parmi les véritables hallucinations.

Dans son *Traité des Songes*, Hippocrate dit : « Traverser des fleuves, se battre avec des ennemis, voir des gens armés, se trouver en présence d'objets hideux, effrayants, sont des avant-coureurs de la manie. »

Il n'y a pas d'aliéniste qui n'ait eu l'occasion de vérifier l'assertion du divin vieillard de Cos.

M. Saudet a publié dans les Annales médico-psychologiques (mars 1844) une observation de folie précédée de rêves longtemps avant son éclosion. Ce sont d'abord de simples rêves auxquels le malade n'attache aucune importance. Peu à peu, les rêves acquièrent une telle vivacité, reviennent si constamment, que A...

casionne avec une fréquence relativement grande des accidents d'intoxication, il ne paraît pas en être de même des préparations culinaires aromatisées avec la vanille.

V. Dans la matinée du 3 novembre 1887, un garçon de 5 ans avait été pris de vomissements violents accompagnés d'évacuations diarrhéiques constituées par des mucosités sanguinolentes. L'enfant se plaignait de souffrir dans la région des reins et d'éprouver une sensation de brûlure dans l'urèthre. Tout en poussant des plaintes et des cris, il émettait par gouttes, d'une façon presque continue, de l'urine teintée de sang. La muqueuse buccale était fortement hypérémiée. Le bord antérieur de la langue était couvert de petites vésicules qu'on eut dit être de l'herpès; flux abondant de salive fétide. A l'entrée de l'urèthre et à l'anus, la muqueuse était d'un rouge vif. L'urine contenait de l'albumine et une grande quantité de cylindres hyalins, des globules rouges, des cellules provenant de la desquamation de l'épithélium de la vessie et des reins.

Les renseignements fournis par l'entourage apprirent que, depuis sa seconde année, l'enfant était atteint d'incontinence nocturne des urines, et qu'on l'avait soumis à toutes sortes de médications pour le débarrasser de cette infirmité. Le 2 novembre, sur les conseils d'un ami de la famille, on avait appliqué à l'enfant, sur la région des lombes, un emplâtre à la cantharide, deux fois large comme la main d'un adulte. Il avait fallut enlever l'emplâtre au bout de douze heures d'application, pour calmer les plaintes de l'enfant. L'examen de la région lombaire du petit malade fit voir que, à ce niveau, la peau était rouge, tuméfiée, parsemée de petites bulles. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un empoisonnement par la cantharide.

Le traitement a consisté en un bain tiède, administration abondante de lait, de thé, d'eau sucrée et d'une émulsion d'amandes tenant en suspension huit gouttes de teinture d'opium simple. Lotions à l'eau blanche sur le bas des reins pour calmer les douleurs. Le soir et le lendemain, il s'était produit une amélioration bien franche.

Le 15 novembre, l'enfant présenta tout à coup les symptômes d'une cystite aiguë, qui résista aux remèdes communément usités contre cette affection. Le 7 décembre, on eut l'idée de recourir à l'administration du salol; guérison rapide de la cystite. En même temps, l'enfant se trouva débarrassé de son incontinence d'urines.

E. RICKLIN.

(A suivre).

VARIÉTÉS

LA MALADIE DE L'EMPEREUR FRÉDÉRIC III, exposée d'après des sources officielles et d'après les rapports des médecins : professeurs BARDLEBEN, VON BERGMANN, docteur BRAMANN, professeurs GERHARDT, KUSSMAUL, etc., etc.

Suite. — Voir le numéro précédent.

M. Mackensie fut mis au courant des observations antérieures faites par les médecins du prince, des avis exprimés. Il examina le larynx du malade, et déclara que selon lui, il ne s'agissait pas d'un cancer, que la tuméfaction n'avait rien de cancéreux dans son aspect d'ensemble, et qu'enfin il était opposé à une opération pratiquée à travers le cou, tant que l'examen microscopique d'un fragment excisé n'aurait pas fourni les preuves de la nature cancéreuse de la néoplasie. Les médecins tombèrent unanimement d'accord pour ajourner l'opération projetée, jusqu'à ce que l'examen microscopique eut fourni les indications qu'on en attendait.

L'excision d'un fragment du néoplasme fut confiée à M. Mackensie; Virchow devait être chargé de l'examen histologique.

« Le 21, dans la matinée, Mackenzie enleva un petit fragment de tissu. Immédiatement après je (Gerhardt) vis une petite perte de substance de la muqueuse, à la face supérieure de la corde vocale gauche, près de la limite externe de la tumeur. Dans le fond de la perte de substance, du tissu élastique de couleur jaune se trouvait mis à nu. »

L'examen pratiqué par Virchow ne fit découvrir que des traces de processus irritatifs et, entre des épithéliums en voie de prolifération, un foyer isolé de cellules épithéliales disposées en stratifications concentriques. Déjà à ce moment Virchow déclara verbalement qu'il s'agissait peut-être d'un cas de pachydermie du larynx.

Mais comme on pouvait objecter que le fragment excisé ne

---

les accepta comme des visions auxquelles il s'efforce de trouver un sens mystérieux. Bientôt ce ne sont plus des rêves. A... s'était trompé sur la nature réelle des phénomènes étranges qui se passent depuis quelque temps dans son sommeil. Ce sont des avertissements du Ciel.

Ce qu'il voyait ou entendait était en debors des choses communes et de la puissance des hommes; mais cela arrivait par ordre de Dieu.

De semblables visions ne sont-elles pas une des bases des Livres saints qui ont été inspirés par Dieu et qui sont la vérité même?

M. Moreau (de Tours), mon cher et ancien maître, en cite plusieurs exemples dans son livre sur la *Hachichie et la Folie*.

D'après les faits que je viens d'exposer, il résulte clairement que des rêves peuvent quelquefois faire soupçonner une maladie que ne révèle encore aucun signe pendant la veille.

Les médecins ne sauraient donc trop se livrer à une étude si importante. C'est une nouvelle carrière à explorer.

Or, si certains rêves peuvent faire pressentir des états pathologiques encore latents qui s'effectuent dans les tissus des organes, c'est que dans ces organes il se passe un travail moléculaire imperceptible à nos sens trop bornés; mais il n'est pas irrationnel de supposer que ce travail morbide serait perçu si la sensibilité de nos organes était portée à un degré indéfiniment élevé. Déjà le microscope et les lunettes astronomiques ont agrandi d'une manière vraiment prodigieuse le champ de la vue, au point qu'il nous est donné aujourd'hui de percevoir des objets dont l'imagination la plus féconde n'aurait pu supposer l'existence. Or, pourquoi le microphone, qui est à l'ouïe ce que le microscope et le télescope sont à la vue, n'atteindrait-il pas un résultat analogue?

Quant à moi, en présence des merveilles engendrées par la science moderne, je ne doute plus de rien, et je m'écrie avec le plus silencieux des poëtes :

Nil mortalibus arduum est.

Dr M. MACARIO (de Nice).

provenait pas du néoplasme même, M. Mackensie procéda à une seconde tentative d'excision:

« Le 23 mai, dans la soirée, il pénétra de nouveau dans le larynx avec une forte pince acérée. Je (Gerhardt) vis comment il tira la pince de la poche de son habit, comment il l'introduisit sans nettoyage préalable, comment, pendant l'introduction, le rayon lumineux du foyer d'éclairage, qu'il projetait sur le laryngoscope au moyen d'un miroir de front, s'égarait latéralement pour tomber sur la joue de l'éminent malade, au lieu de pénétrer dans la bouche. La pince revint à vide. »

M. Mackensie ne voulut pas continuer d'opérer ce même jour. M. Gerhardt examina tout aussitôt le larynx du patient; il trouva les deux cordes vocales fortement hypérémiées; la droite était, dans toute son étendue, le siège d'une sugillation; vers son milieu, une tuméfaction d'un rouge foncé faisait saillie dans la glotte. Le docteur Wegner, prié d'examiner à son tour, déclara qu'il n'avait rien pu voir.

M. Gerhardt ajoute : « Nous allâmes dans la chambre de Mackensie, et là je dis résolument à ce dernier qu'il avait saisi, avec sa forte pince, au lieu de la corde vocale gauche, la corde vocale droite, jusque-là saine, qu'il l'avait contusionnée et entamée. Il dit : « *It can be* », et parla ensuite de son départ imminent. Nous dîmes qu'il devait rester à Potsdam au moins pendant la nuit, et le docteur Wegner désigna un médecin militaire de Potsdam pour servir d'assistant au cas où une trachéotomie deviendrait nécessaire. »

Dans les premiers jours qui suivirent, le malade éprouva des douleurs dans les deux côtés du cou et un peu de gêne respiratoire. Il resta aphone jusqu'au 8 juillet suivant, tandis que jusqu'alors l'extinction de la voix n'avait jamais duré plus de trois heures consécutives. Lors d'une consultation qui eut lieu le 25 mai, MM. von Bergmann et Tobold purent se convaincre de l'existence d'une lésion traumatique sur le milieu de la corde vocale droite. Ce même jour, Mackensie confirma ce qu'il avait déclaré la veille, en réponse à une question de M. Gerhardt: qu'il promettait la guérison *(humanly speaking)* ou du moins le rétablissement de la voix, au prix d'une extraction du néoplasme, tentée avec le secours d'une pince et suivie d'applications du galvanocautère.

M. von Bergmann se prononça catégoriquement pour la nature cancéreuse de la tumeur. M. Tobold exprima la crainte qu'on ne réussirait pas à enlever le néoplasme en totalité avec des pinces. Là-dessus, M. Mackensie se déclara résolu à opérer par voie endolaryngée, jusqu'à ce qu'un autre fragment excisé serait reconnu comme étant de nature maligne, ou jusqu'à ce que la tumeur fût trouvée en voie d'accroissement. Entre temps, le docteur Wegner avait été chargé par M. Mackensie de faire quotidiennement, dans le larynx du malade, des insuflations d'une poudre composée de morphine, de bismuth, de cachou et de sucre.

Le 1er juin, M. Gerhardt examina pour la dernière fois le larynx du prince. La tumeur avait grandi; elle continuait de suppurer à sa face interne; elle se délimitait plus profondément en arrière du cartilage thyroïde, et là les inégalités et la désorganisation des tissus empiétait déjà sur la paroi postérieure du larynx, la corde vocale gauche était, comme par le passé, moins mobile que la droite. Par moments, le malade ressentait encore des douleurs; de gêne respiratoire, point.

Le 8 juin, M. Mackensie extirpa deux nouveaux fragments du néoplasme. C'est l'examen de ces deux pièces qui conduisit Virchow à porter le diagnostic histologique de *pachydermie verruqueuse du larynx*. Le rapport qui énonçait ce diagnostic fut communiqué à la réunion des médecins consultants qui eut lieu le 10 juin, et livré à la publicité. Ce même jour, von Bergmann déclara que le climat était sans influence sur les maladies du genre de celle qui était en cause. M. Mackensie assura le contraire et fit prévaloir son avis en faveur d'un voyage en Angleterre qu'entreprendrait le malade.

Incidemment, M. Gerhardt insista sur le malentendu qui s'était glissé entre Mackensie et Virchow : le premier interprétant les résultats des examens histologiques de Virchow comme une preuve de la nature non cancéreuse de l'affection laryngée du prince, tandis que Virchow s'était borné à dire que *les fragments soumis à son examen* n'étaient pas constitués par du tissu cancéreux.

A ce propos, M. Gerhardt a rappelé combien il est souvent difficile de se renseigner sur la véritable nature d'un néoplasme dont une portion seulement fait l'objet d'un examen histologique. Il a développé les raisons qui parlaient contre le diagnostic de pachydermie verruqueuse, après avoir signalé, précédemment, la verstialité des diagnostics portés par M. Mackensie : papillome, laryngite, périchondrite.

Une fois le voyage du malade en Angleterre décidé, les médecins allemands, réunis chez le docteur Wegner, crurent de leur devoir de formuler les deux vœux suivants :

1° Qu'une surveillance (Ueberwachung) fut exercée par un médecin allemand, expert en laryngoscopie;

2° Que le traitement de M. Mackensie fut poursuivi jusqu'aux limites indiquées par ce dernier, jusqu'à ce que la nature maligne de la tumeur fut démontrée par l'examen microscopique d'un fragment, ou de quelque autre façon. A cet effet, les fragments enlevés ultérieurement devaient être adressés à Virchow.

On déféra à ces vœux.

Tout d'abord, on avait désigné M. Gerhardt, indépendamment du docteur Wegner, pour accompagner le prince en Angleterre Puis le choix se porta sur le docteur Landgraf. Ce dernier reçut défense d'adresser à M. Gerhardt des communications sur la marche de la maladie du prince en Angleterre. M. Gerhardt fut mis au courant du fait par le docteur Wegner. Néanmoins, les résultats de deux examens laryngoscopiques pratiqués par M. Landgraf (voir plus loin), le 17 et le 21 juin, furent communiqués à M. Gerhardt par M. von Lauer, médecin de l'empereur Guillaume.

M. Gerhardt n'eut plus à intervenir dans la suite. Son rapport, ou plutôt son récit, se termine par cette déclaration de sir Morell Mackensie, faite à la suite de deux consultations qui eurent lieu les 9 et 10 novembre 1887 :

« Quoique la nature de la néoplasie survenue en dernier lieu ne soit pas bien établie, l'aspect est tout à fait celui d'une néoplasie carcinomateuse. »

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Manuel microscopique clinique, par G. Bizzozero, professeur de pathologie à l'Université de Turin, et Ch. Firket, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Liège. 3e édition; fascicule I. Bruxelles, A. Manceaux, libraire-éditeur; 1888. — II. Guide pratique pour les travaux de

MICROGRAPHIE, comprenant la technique et les applications du microscope à l'histologie végétale et animale, à la bactériologie, à la clinique, à l'hygiène et à la médecine légale, par H. BEAUREGARD, et V. GALIPPE. 2e édition; G. Massou, éditeur; 1888.

I. J'ai dit, à propos de la première édition de cet ouvrage, tout le bieu que j'en peusais, et mou opinion n'a point varié. Le succès des deux premières éditions a largement, d'ailleurs, justifié ma manière de voir. Aujourd'hui, la part prise par M. Firket à la rédaction du livre que primitivement il n'avait fait que traduire et annoter savamment, est deveune tellement large, que ce n'est que justice de le voir preudre place, comme auteur, à côté du savant maître italien. Sous sa forme nouvelle, le *Manuel de microscopie clinique* constituera un guide sûr et commode au lit du malade, et il devra trouver sa place sur la table de travail de tout médecin instruit.

Le fascicule Ier, qui vient de paraître, et que l'éditeur Manceaux nous offre orné de bonnes figures originalee, dout quelques-unes sont en couleur, compreud la description du microscope et jusqu'aux renseignements commerciaux pour en acheter un; des éléments de technique applicables aux recherches cliniques, surtont développé quant à la recherche et au diagnostic des microbes parasitaires; puis l'examen du sang, des transsudats, des liquides kystiques, du pus et du conteuu de la bouche; enfin, celui des matières vomies. En moins de 300 pages, ces différeuts sujets sont traités avec une simplicité et une clarté qui ne laisseut rien à désirer.

M. Firket a écrit sou manuel de microscopie eu français, et eu très bon français; il appartiendra douc à la littératnre scieutifique française de uotre époque. Çà et là, pourtant, l'iufluence de l'éducation étrangère s'y fait seutir. Un pied de microscope y est déuommé un *statif*, et, bien que l'auteur belge tienne à reudre accessoirement aux histologistes français, et parmi eux surtout à mon maître Ranvie et à mon ami Malassez, la pleine justice due à la valeur de leurs travaux, ou sent malgré tout que l'œnvre, dans sou ensemble, est une pure émanation de l'école allemande.

De là nue série d'oublis faits de bonne foi, et que je ne songerais nullement à reprocher aux auteurs, parce qu'ils décrivent les métbodes qu'ils ont véritablement *vécues* et qui ne sont pas exactement les uôtres. Par exemple, la purpuriue de Ranvie, ses solutions d'hématoxyliue et celles que j'ai fait moi-même connaître, ne sont pas indiquées comme réactifs des uoyaux. La méthode, classique eu France, du durcissement successif des piéces anatomiques dans l'alcool, la gomme et l'alcool n'est point décrito, taudis qu'en réalité c'est souvent la seule que retieuuent et mettent le plus volontiers en pratique les médecins qui ont passé par nos laboratoires d'histologie. Je dois même dire que, au point de vue du ménagement des éléments anatomiques, cette méthode est de beaucoup supérieure à celle d'inclusion, soit dans la celloïdine, soit dans la paraffiue, en même temps qu'elle est la plus simple de toutes. Mais cela dit, il convieut de reconnaître qu'à l'aide des procédés divers décrits par MM. Bizzozero et Firket, le cliuicieu qui entreprendra un exameu microscopique sera à peu près sûr de le mener à bien. C'est là le principal, et il n'y a guère lieu d'exiger davantage d'un manuel cliuique.

Néanmoins, la lecture du *Manuel de microscopie clinique* m'a conduit, je dois le dire, à désirer qu'à l'avenir les livres analogues, qui doivent seulement servir d'instruments de travail et nou pas agir sur l'esprit à titre d'ouvrages théoriques, soient rédigés d'une façon tout autre. Il conviendrait peut-être, en effet, dans de pareils mauuels, de décrire les faits et les procédés sans aucune recherche d'érudition, parce que, pour ainsi dire forcément, cette recherche devient chaque jour de plus en plus illusoire. Je vais preudre encore un exemple :

Dans les paragraphes consacrés à l'étude dn sang leucémique, un élève qui aura eu mains le manuel de MM. Bizzozero et Firket pourrait avec avantage lire, tout simplement, qu'eu pareil cas les globules blancs se rangeut en catégories, et qne lee uns sont hyalins, d'autres à granulations se colorant par l'éosine, d'autres enfin sout chargés de grains graisseux. Mais si en même temps on lui dit que c'est à Ehrlich seul qu'on doit la connaissance de ces différeuces, parce que les travaux de Ranvie, ainsi que d'autres que je ne veux pas citer, et qui sont antérieurs ou contemporains de ceux d'Ehrlich, out échappé à l'atteution des auteurs de l'article, ou iutroduit sans aucnn motif légitime une idée fausse et iujnste daus son esprit. Le mal est encore plus grand quand l'idée fausee porte, nou plus sur un uom d'auteur, mais sur un fait. Quand on vieut dire (p. 198) que les *globules du pus*, ou *leucocytes*, sont des *cellules à mouvements amiboïdes*, on met daus l esprit du lecteur une incertitude très grande, qui n'y était pas anparavant, pourvn qu'il ait étudié daus une Faculté française. Eu France, les histologistes distinguent eu pareil cas soigneusement le mort du vif. La cellule lymphatiqne *vivante* est seule douée de la propriété amiboïde : c'est un globule blauc; la cellule lymphatique *morte* est un globule de pus. D'ailleurs, Virchow n'a jamaie pensé autrement, sane quoi il n'aurait jamais dit que « le pus ne peut être résorbé comme pus ».

Je ne veux pas multiplier les critiques, car ou me pourrait répondre que la plus forte de toutes doit en réalité s'adresser aux histologistes français qui, s'occupant en même temps de médecine, auraieut dû rédiger depuis longtemps uu manuel de microscopie clinique. En attendant que ce travail se fasse, et conformément à l'esprit de large désintéressement scieutifique qui régne en ce moment parmi uous, je souhaite de tout mou cœur la bienveuue, pour la secoude fois, à l'ouvrage des savants médecins italien et belge. Si je fais à sou sujet quelques observations de détail, c'est qu'en somme je l'estime à sa graude et juste valeur.

II. Le livre de MM. Beauregard et Galippe, tel qu'il se présente à uous dans la seconde édition qu'ils en donneut au public, constituera le véritable guide des travaux pratiques des étudiants eu pharmacie de nos écoles supérieures et de uos facultés mixtes. C'est d'ailleurs pour eux qu'il avait été rédigé une première fois, et, sous sa uouvelle forme, il n'a pu perdre complètement son caractère initial. Je suis loin de m'eu plaindre. J'estime que le pharmacieu, et surtout celui des petites localités, est appelé à résoudre une foule de questions qui sont précisément celles que MM. Beauregard et Galippe ont traitées avec soiu, correctiou et simplicité dans leur ouvrage. Ce sont ces questions de botanique, d'hygiène, de médecine légale qui, posées trés fréquemment au modeste pharmacien de village ou de petite ville, lui douueut sa véritable importance et établissent son autorité quand il sait les bieu traiter. Les auteurs du *Guide pratique* le mettent parfaitement à même de le faire toujours.

Ce livre sera aussi très utile aux médecins, j'en suis con-

vaincu; mais il ne constituera jamais pour eux le guide idéal de microscopie clinique dont je déplorais un peu plus haut l'absence dans notre littérature française contemporaine.

Avant tout, en effet, le médecin s'occupe d'histologie animale et humaine; MM. Beauregard et Galippe consacrent dix-neuf pages en tout à l'étude des tissus et à la technique propre à leur étude. Deux pages pour le tissu conjonctif; une pour le tissu cartilagineux; deux pour les tissus nerveux. Est-ce assez, en bonne vérité, dans un livre où l'histologie botanique occupe une si large place?

Si les auteurs tiennent véritablement à voir leur manuel prendre, comme instrument de recherche clinique, la place indiquée par l'un de ses sous titres, ils ne négligeront pas de remplir, dans une édition nouvelle, la lacune que je viens d'indiquer ici.

En dehors de cette critique de détail, je n'ai du reste que des éloges à faire du *Guide pratique pour les travaux de micrographie*. La partie médico-légale est parfaitement bien traitée; les chapitres sur les corpuscules et les miasmes de l'air, sur les poils, ne se retrouveraient dans aucun ouvrage analogue.

J'en dirai autant du chapitre XXV, qui traite de l'examen microscopique du sang. Quant à la bactériologie, elle constitue une partie toute nouvelle du livre, partie très instructive et que l'on sent faite par des botanistes instruits. Je terminerai en disant que, si le *Guide pratique des travaux de microscopie* me paraît surtout destiné au pharmacien, il me semble non moins bien placé dans la bibliothèque de tout médecin instruit, surtout de celui qui s'occupe d'hygiène et de médecine légale. C'est un bon livre, qui gagnera d'être rendu, dans la prochaine édition, plus complet, plus condensé et un peu davantage châtié au point de vue de l'exposition et de la digestion des matériaux.

J. RENAUT.

NOTES & INFORMATIONS

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — A la suite du décès du docteur Fieuzal, M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a proposé les modifications suivantes dans le fonctionnement de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, modifications approuvées par le ministre.

A l'avenir, la clinique est dédoublée et comprend deux médecins titulaires, les docteurs Abadie et Trousseau; deux suppléants, les docteurs Valude et Chevallereau. Chacun de ces médecins aura trois jours de consultations par semaine et trois jours de séance opératoire.

Les médecins et suppléants ne pourront plus avoir de clinique ophthalmologique personnelle.

Il a été décidé, en outre, que les malades devront produire, non seulement un certificat d'indigence, mais encore une attestation délivrée par le percepteur de leur localité, et constatant qu'ils n'ont pas les moyens de se faire soigner à leurs frais.

— Par arrêté du ministre du commerce et de l'industrie, M. Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission en Danemark, en Allemagne et en Hollande, pour étudier l'organisation et l'installation des services médicaux affectés au traitement des maladies cutanées et vénériennes.

L'HYGIÈNE DE NOS SOLDATS AU TONKIN. — Voici le relevé de nos pertes au Tonkin, depuis 1885, c'est-à-dire pendant la période de pacification et non la période de conquête:

Morts:

En 1885	3.778
En 1886	1.666
Pendant le premier trimestre 1888	256
Total	5.700

Mais les décès ne constituent qu'une minime partie des pertes réelles; des soldats entrés aux hôpitaux, une moitié au moins en sort impropre à tout service pendant de longues années; la dysenterie chronique, les maladies de foie, toutes les autres affections de ces climats funestes continuent leurs ravages bien après le rapatriement. En prenant le chiffre des entrées aux hôpitaux et le divisant par deux on a trouvé, pour le nombre des hommes réellement devenus impropres au service:

En 1885	7.779
En 1886	9.960
Pendant le premier trimestre 1888	2.406
Total	20.145

L'addition de ces deux totaux donne donc, rien que pour une période de vingt-sept mois, une perte sèche de 27.845 hommes, soit plus de 1.000 hommes par mois!

Les statistiques antérieures à 1885, c'est-à-dire correspondant à la période de conquête, ou n'existent pas, ou sont tenues cachées. Le chiffre des pertes dues au feu de l'ennemi est pour ainsi dire insignifiant par rapport à celui des pertes dues au choléra et autres maladies. Ainsi, en 1885, sur 3.778 décès, il y en a eu 2.969 au compte des maladies, et 809 seulement au compte des faits de guerre; sur 16.891 hommes entrés à l'hôpital, 15.559 étaient des malades ordinaires, 1.332 seulement des blessés.

La pacification du pays n'a donc qu'une influence secondaire sur le chiffre des pertes annuelles. Notre véritable ennemi là-bas, ce n'est pas l'Annamite, le Pavillon-Noir, c'est le climat, et il n'est pas d'autre moyen de le combattre que de mettre nos soldats dans des conditions hygiéniques qui leur permettent la lutte.

On a fait beaucoup déjà, en ce qui concerne l'habillement et la nourriture L'intendance a fini par comprendre que la tenue ne pouvait pas être la même à Hanoï qu'à Paris; on a amélioré les ordinaires, proscrit les liqueurs fortes de mauvais aloi. Mais ces louables efforts se trouvent paralysés par les conditions déplorables dans lesquelles sont logés les hommes. La plupart couchent encore sur la terre humide, sous des paillotes qui ne les garantissent ni du soleil, ni de la pluie.

(*Avenir militaire*)

EXERCICE DE LA MÉDECINE EN TUNISIE. — Comme complément au décret du 15 juin 1888 réglementant l'exercice de la médecine en Tunisie, le premier ministre de S. A. le Bey, a pris le 8 août l'arrêté suivant:

1° Une Commission spéciale est nommée pour vérifier les titres des médecins, chirurgiens et pharmaciens;

2° Cette Commission sera composée pour l'année 1888 de:
M. le Directeur de la santé, président.

Membres:

M. le Directeur du service de santé militaire ou son délégué;
MM. les docteurs Casanova et Bensassons;
M. le pharmacien-major ou son délégué;
M. Kaddour;
MM. Desreumaux et Sinigaglia, pharmaciens.

— L'institut des sciences, arts et littérature de Milan, ouvre un concours auquel les étrangers ont le droit de participer, pour les thèmes suivants:

Premier prix Cagnola (1.500 fr. et une médaille d'or de 500 fr.):
« Histoire de l'hypnotisme; étude critique de tous les matériaux

qui s'y rapportent, et observations personnelles. » Délai jusqu'au 30 avril 1889.

Deuxième prix Cagnola (2.500 fr. et une médaille d'or de 500 fr.) : « Une découverte bien démontrée relative aux moyens de guérison de la pellagre ou à la nature des miasmes et contages.» Délai jusqu'au 31 décembre 1888.

Prix Fossatis (4.000 fr.) : « Sur l'embryogénie du système nerveux ou une de ses parties chez les mammifères avec recherches personnelles illustrés par des dessins et planches. » Délai jusqu'au 30 avril 1889.

S'adresser pour détails à la Segretaria del R. Istituto Lombardo di Scienze, Lettere ed Arti, Pala 770 di Preza, à Milan.

R. F. D.

NOUVELLES

Nominations dans la Légion d'honneur. — M. L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

C'est là la juste récompense du zèle et de l'activité dont a fait preuve M. Petit pendant le Congrès de la tuberculose.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Paul Segond, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Trélat, a commencé ses leçons de clinique chirurgicale vendredi dernier, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés pour deux ans à la Faculté de médecine de Bordeaux,

Chefs de clinique médicale. — MM. Auché et Blanc Fontenille.

Chef de clinique obstétricale. — M. Chaleix.

Chefs-adjoints de clinique médicale. — MM. Martin du Magny, Cassaët.

Ces fonctionnaires entreront en fonctions à partir du 1er novembre 1888.

Clinique ophthalmologique. — M. Puech est maintenu, par la même décision, chef de clinique ophthalmologique pendant le premier semestre 1888-1889.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Demon, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1888-1889, du cours complémentaire d'accouchements, et M. le docteur de Lapersonne, agrégé, du cours complémentaire de clinique ophthalmologique.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Poullet, agrégé, est chargé pour l'année scolaire 1888 1889 du cours complémentaire d'accouchements, et M. le docteur Beauvisage, agrégé, du cours de botanique.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Gerbaud, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, du cours complémentaire d'accouchements.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Schmitt, agrégé, est chargé pendant l'année scolaire 1888-1889 du cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; M. le docteur Siman, agrégé, du cours complémentaire de clinique des maladies des enfants, et M. le docteur Rémy, agrégé, du cours complémentaire d'accouchements.

M. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, à partir du 1er novembre 1888, doyen honoraire de ladite Faculté.

MM. Etienne et Vautrin, chefs de clinique chirurgicale, Schuhl, chef de clinique obstétricale, sont maintenus pour un an, à partir du 1er août 1888, dans leurs fonctions à la Faculté de médecine de Nancy.

École de médecine d'Amiens. — Deux concours s'ouvriront, savoir : Le 18 février 1889 à la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens ; le 18 mars 1889, à l'Ecole de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

École de médecine de Besançon. — Le concours ouvert le 1er août devant la Faculté de médecine de Nancy pour un emploi de professeur suppléant d'anatomie et physiologie à l'Ecole de médecine de Besançon s'est terminé par la présentation de M. Edouard Bolot.

École de médecine de Caen. — M. Faivre-Dupaigre, agrégé, est institué pour une période de neuf ans suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Caen.

École de médecine de Limoges. — M le docteur Bondet, ancien suppléant à l'Ecole de médecine de Limoges, est nommé professeur d'histoire naturelle à ladite Ecole. Cet arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1888.

— La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse, vient d'accorder le prix de Mme veuve Gaussail à M. le docteur Fiessinger, d'Oyonnax (Ain).

La même Société propose pour sujet de prix les deux questions suivantes :

1o Pour le prix annuel de la Société : Contagiosité et traitement antiseptique de la tuberculose pulmonaire. »

2° Pour le prix de Mme veuve Gaussail : « Apprécier l'intervention de la chirurgie contemporaine dans le traitement des affections médicales de la poitrine et de l'abdomen.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Olivier. Etude sur la syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales. — M. Girault. Contribution à l'étude des cécités verbales. — M. Lesquendien. Considérations hygiéniques et pathologiques sur Pontanézen. — M. Julien-Laferrière. Contribution à l'étude de l'irréductibilité des luxations métacarpo-phalangiennes du pouce et de leur traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert. — M. Aubry (Léon). Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'épidémie de Bordeaux de 1887.

M. Dupont. De l'impuissance chez l'homme au point de vue médico-légal. — M. Malespine. Du pansement des plaies à l'aide des solutions hydrargyriques, en particulier celles de bi-iodure de mercure. — M. Dubut. De la douleur dans les affections des voies urinaires et de son traitement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année 1888.

M. Lœuillet. Des suites de l'ostéomyélite aiguë spontanée. — M. Licht. Contribution à l'étude des rechutes dans la fièvre typhoïde. — M. Ebrmann. Recherches expérimentales sur la toxicité des urines pathologiques. — M. Bardot. Etude sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes spermatiques. — M. Viller. Recherches anatomiques sur la commissure grise. — M. Hecht. Contribution à l'étude de l'aphasie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 5 AU SAMEDI 11 AOUT 1888.

Fièvre typhoïde 9.—Variole 1. — Rougeole 29.— Scarlatine 4. — Coqueluche 2. — Diphtérie, croup, 24 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 160.— Antres tuberculoses 15. — Tumeurs : Cancéreuses 48. — Autres 7. — Méningite 33. — Congestion et hémorr. cérébrales 35. — Paralysie 9.— Ramollissement cérébral 13.—Maladies organiques du cœur 50.— Bronchite aiguë 14. — Bronchite chronique 18. — Broncho-pneumonie 22.— Pneumonie 28. — Gastro-entérite : Sein 34. — Biberon 70. — Autres 5. — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 20. — Suicides 20. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 144. — Causes inconnues 16. — Total de la semaine: 869 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière, publié par le docteur Bourneville, médecin de Bicêtre, directeur des écoles municipales d'infirmières, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, C.H. Petit, Vendol, P. Regnard, Seyestre et P. Yon. Cet ouvrage, adopté par les écoles départementales et municipales d'infirmiers et d'infirmières du département de la Seine et de Paris, est divisé en trois volumes dont les titres suivent : Tome I : Anatomie et physiologie. — Prix : 2 francs. — Tome II : Pansements. — Prix : 3 fr. 50.—Tome III : Femmes en couches, Médicaments. Petit dictionnaire.—Prix : 2 francs.— Les trois volumes réunis : 5 francs. — Troisième édition, revue et augmentée.— Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. Une brochure in-8o de 124 pages. — Prix : 3 fr. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants.— Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages.— Prix : 1 fr. —Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1886-1887), tome quatrième et dernier, par L. Jaccoud, professeur de clinique, etc.— 1 vol. in-8, avec 25 figures intercalées dans le texte. Prix : 7 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance de la commission d'hygiène hippique et publié par ordre du Ministre de la Guerre, 2e série, t. XII. Un volume in-8o de 500 pages avec une planche hors texte —Paris, librairie militaire de L. Baudoin et Cie, 30, rue et passage Dauphine.

Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique, deuxième année, 1888. Un volume in-12 de 836 pages. — Prix : 3 francs.— Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

REVUE CRITIQUE

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA SCLÉROSE VÉSICO-PROSTATIQUE, par M. le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Le syndrome clinique, désigné ordinairement sous le nom d'hypertrophie prostatique, est l'expression d'un ensemble de lésions parmi lesquelles le développement excessif de la prostate tient une place importante; mais, loin d'être constante, loin de tenir sous sa dépendance tous les symptômes, cette hypertrophie manque souvent chez des malades qui ont néanmoins parcouru toutes les phases de cette affection. Les travaux du professeur Guyon et de ses élèves ont montré au contraire que c'est une autre lésion qui est constante; celle-ci tient à l'état général des sujets qui sont athéromateux : tout l'appareil urinaire est frappé de sclérose. C'est ce fait que nous tenons à mettre en lumière dans cette revue critique, et c'est pourquoi nous employons l'expression abrégée de sclérose vésico-prostatique.

Etiologie.

Parmi le très grand nombre de causes invoquées comme productrices de l'hypertrophie de la prostate, une confusion a été souvent faite Beaucoup d'auteurs n'ont pas distingué la lésion primordiale qui frappe d'une manière définitive et permanente la prostate et la vessie de certains phénomènes plus ou moins temporaires, tels que l'inflammation ou la congestion. Autant les causes de ces dernières sont nettes et précises, autant le développement de l'hypertrophie est d'une interprétation difficile.

Il en est ainsi de la congestion veineuse; invoquée tout d'abord par E. Howe, puis par Mercier et Velpeau, elle doit cependant être mise de côté. Elle peut, il est vrai, déterminer des accidents quand les lésions anatomiques du prostatisme sont constituées, mais combien nombreuses sont les personnes qui s'exposent pendant de longues années à provoquer des congestions fréquentes et prolongées de leurs organes pelviens et qui n'ont plus tard aucune tendance à l'hypertrophie prostatique ! Aussi doit-on considérer comme nulle l'influence des excès de coït, de la masturbation, d'une vie licencieuse (A. Cooper); de même que celle des habitudes sédentaires, de l'équitation, des excès de table, etc.

La blennorrhagie a été accusée par Hunter, qui range l'hypertrophie prostatique parmi ses complications, puis par Desault, par L. Petit et Velpeau, pour qui elle ne semble pas faire de doute. Pour Le Dentu, la blennorrhagie est souvent la cause première, quoique indirecte et lointaine de la maladie. Mais l'observation rigoureuse des malades ne vient pas corroborer cette manière de voir, et les sujets le plus sou-

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

14 août 1888.

Le maintien de l'inspectorat des eaux minérales. — Projets de modifications dans l'enseignement de la médecine navale. — Difficultés probables dans le recrutement du personnel. — Un étrange révulsif. — Comment, dans la théorie des causes finales, l'existence de l'appendice iléo-cæcal peut d'une manière indirecte être justifiée, en procurant un remède contre l'oisiveté des jeunes filles ?

Horace avait dit :

« Parturiunt montes, nascetur ridiculus mus. »

Et notre Lafontaine a traduit ainsi le vers d'Horace :

« La montagne en travail enfante une souris. »

Nos gouvernants s'étaient donc mis à l'œuvre, poussés par la majorité des médecins qui exercent leur profession dans les stations thermo-minérales, majorité exclusivement composée de non-inspecteurs. Ils étaient partis en guerre contre cette institution déjà ancienne de l'inspectorat. Le Comité consultatif d'hygiène publique fut mis en branle en même temps que l'Académie de médecine.

Les discours en faveur de l'inspectorat furent assez rares et discrets. Chaque inspecteur plaida *pro domo sua*. Les discours tendant à supprimer ou à modifier l'institution furent plus nombreux; la presse s'émut et vint à la rescousse. Ici aussi le plus grand nombre plaida *pro domo*. Le camp hostile à l'inspectorat, est-il besoin de le dire, ne comptait pas d'inspecteur.

On s'attendait au moins à des modifications sérieuses. Le Ministère en gestation, au bout de neuf mois... n'accoucha pas du tout. Enfin, après plusieurs années d'attente, nous venons de connaître l'auguste décision du Conseil d'Etat.

La montagne en travail d'Horace donnait du moins naissance à une souris. Après une grossesse bien plus longue qu'une grossesse normale, nos pouvoirs n'ont accouché que d'un résultat négatif. Et je ne les blâme pas, au contraire. La note ministérielle est d'ailleurs instructive à lire (1); elle manifeste très nettement la crainte

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE du 4 août, p. 372.

vent affectés de blennorrhagies, tenaces, invétérées, ne deviennent pas plus souvent ni plus tôt prostatiques que ceux qui sont restés indemnes de toute uréthrite. Bien plus, la propagation de la blennorrhagie à la glande, la prostatite, aiguë ou chronique, se termine souvent en laissant une induration fibreuse de la prostate qui subit en même temps un certain degré d'atrophie.

Quant à la syphilis, admise par Amussat, Vidal de Cassis, Swedianr, B. Bell, etc., il est nettement démontré que son influence est nulle.

Toutes les causes d'irritation de la vessie et du canal ont été mises en avant; les calculs vésicaux et les rétrécissements sont incriminés par Civiale et E. Home. Il n'est pas difficile de prouver que les calculs vésicaux ne jouent aucun rôle. Aux rétrécissements s'applique la remarque que nous avons faite à propos de l'uréthrite profonde et de la prostatite; leur présence aboutirait plutôt à une fonte atrophique de la glande: ils coexistent néanmoins quelquefois, et on ne peut plus aujourd'hui, comme l'a fait Mercier, nier ce fait qui n'est même pas des plus rares. L'introduction des instruments du cathétérisme, le maintien d'une sonde à demeure, peuvent produire une irritation, une inflammation plus ou moins grande et cette cause est passible des objections que nous avons faites à l'instant.

Toutes les diathèses ont été invoquées. La scrofule ne saurait être admise, car elle atteint surtout les jeunes sujets. La tuberculose de la prostate est caractérisée par des lésions particulières qui n'ont pas de rapport avec l'hypertrophie. Sans doute, on trouve parmi les prostatiques des goutteux, des herpétiques, des rhumatisants, des arthritiques; mais sont-ils plus souvent atteints que les personnes exemptes de manifestations diathésiques? Une telle démonstration exigerait l'observation rigoureuse et comparative d'un grand nombre de malades, et les faits contradictoires abonderaient alors. On a vu la disparition d'un eczéma, d'un psoriasis, être suivie presque immédiatement de dysurie ou même de rétention; mais ces accidents subits et plus ou moins passagers sont évidemment la conséquence d'une poussée congestive, et rien n'indique que la suppression d'une éruption ait été pour quelque chose dans le développement de la prostate elle-même.

Une seule cause reste indéniable, c'est l'influence de l'âge. Déjà B. Brodie l'avait constaté: « Quand, dit-il, les cheveux deviennent gris et rares, quand des dépôts athéromateux envahissent les tuniques artérielles, quand il se forme une zône blanche autour de la cornée, à la même époque d'ordinaire, je devrais dire invariablement, la prostate s'accroît en volume. » La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point. Thompson a fait d'intéressantes recherches, d'où il résulte que l'hypertrophie n'est point un apanage de la vieillesse, est loin d'être la règle à cet âge. Sur 164 individus compris entre 60 et 94 ans, il n'y en avait que 67 dont la prostate était modifiée. Chez 11, elle était atrophiée, hypertrophiée chez 56. Ainsi ce n'est que dans une proportion de 34 % qu'on observe l'hypertrophie chez le vieillard. Ces modifications anatomiques ne déterminent de signes précis que sur 15 à 16 p. 100. C'est de 55 à 65 ans que la maladie commence à se développer; il est rare de la voir débuter après 70 ans, et enfin elle est plus rare encore à un âge très avancé, époque à laquelle elle semble subir une sorte de régression. D'après cette statistique, et quoique cette proposition semble paradoxale au premier abord, on peut dire que l'hypertrophie de la prostate est une lésion relativement peu commune chez le vieillard.

Nature et pathogénie.

Ces notions étiologiques concordent avec l'observation du professeur Guyon, dans le service de qui nous avons fait des relevés analogues. Mais de ce qu'un vieillard n'a pas une grosse prostate, s'ensuit-il qu'il ne puisse pas présenter les symptômes de l'hypertrophie? Les accidents du prostatisme ne dépendent-ils pas quelquefois de lésions d'autres organes, et la vessie, par exemple, ne joue-t-elle pas dans leur production un rôle important qui peut devenir prépondérant à un moment donné?

L'étude de l'anatomie pathologique fait prévoir une réponse affirmative; mais nous allons ici chercher à déterminer la nature des lésions et montrer tout d'abord par quelles phases a passé l'étude de cette question.

Nous n'avons pas à remonter bien loin pour cela, car les idées des anciens étaient des plus vagues sur ce sujet. Morgagni a bien décrit les lésions de l'hypertrophie, non pas le premier, car Bartholin et Valsalva les avaient indiquées avant lui, mais il a nettement reconnu que la nature n'en était pas squirrheuse. Malgré cela, une opinion contraire reste domi-

---

qu'ont eu nos gouvernants de voir les malades indigents souffrir de la suppression de l'inspectorat. L'Institution a donc plaidé pour elle-même, et victorieusement, ce qui m'étonne par ce temps de *bouleversomanie*, de favoritisme et de platitude que nous traversons.

***

Il semble, en effet, que dans nos Ministères sévisse un singulier prurit de modifications quand même.

Assurément, je déteste la routine. Mais le *statu quo* n'est-il pas préférable à des changements non justifiés ou dangereux? Le docteur Chassagne a suffisamment et pittoresquement dévoilé (voir ses feuilletons de la GAZETTE MÉDICALE, de ces 3 dernières années) le danger qu'offrent pour les médecins militaires les nouvelles réformes édictées par un esprit égalitaire bien mal compris. Voici que nos confrères de la médecine navale (qui déjà avaient subi les premières atteintes de la fièvre réformatrice, transformatrice (ou parfois simplement brouillonne (1) qui s'empare de nouveaux ministres, vont à leur tour subir peut-être les mauvais effets d'errements plus radicaux encore que leurs collègues *terriens*.

Et cependant on avait assez de peine à recruter le personnel médical de la marine? C'est presque toujours le besoin qui pousse les étudiants à se jeter dans cette carrière, peu avenante sans doute, mais qui permet de vivre. Grâce aux hommes de valeur qui, depuis une vingtaine d'années, se sont succédés dans les hauts grades de la médecine navale, la carrière était devenue supportable. Les jeunes aide-médecins avaient su rendre des services en étudiant les maladies exotiques ou les conditions sanitaires des pays lointains dans lesquels on les envoyait. Les trois Ecoles de Brest, Rochefort et Toulon, leur permettaient dès leur rentrée en France de préparer les examens de doctorat. Cela commençait à bien marcher. Pourquoi donc vouloir tout déranger?

***

Ravir l'existence à deux de ces Ecoles; quelle économie pour le budget! On trouverait là sans doute un moyen de diminuer les dépenses exagérées de notre régime actuel. Mais ces économies seront-elles en rapport avec le désastre ou l'amoindrissement scientifique de notre corps de médecine navale?

(1) Qui ne se souvient de la retraite prématurée imposée l'an dernier aux princes de la médecine navale, aux Le Roy de Méricourt, aux Jules Rochard...?

nante chez le plus grand nombre des auteurs qui l'ont suivie. Chopart, Desault, tout en admettant qu'il s'agit d'un squirrhe, indiquent que la marche en est toute autre que dans la plupart des régions de l'économie. Boyer répète la même description.

Quoique Baillie emploie encore ce nom de squirrhe, il indique le premier la nature hypertrophique de la lésion, et peu après Sœmmering déclare nettement que ce n'est pas là une production diathésique. Pour tous ces auteurs, les accidents vésicaux sont dus à une inertie, à une paralysie concomitante, théorie à laquelle Devergie se rattache.

Amussat, Leroy d'Etiolles, abandonnent en 1836 l'idée de cancer, reconnaissant que la tuméfaction de la prostate est due soit à un développement hypertrophique de ses éléments, soit dans quelques cas à la présence de calculs développés dans les glandules. Vers la même époque, Mercier commençait une série de publications qui, avec celles de Velpeau, font entrer l'histoire de l'hypertrophie prostatique dans une voie nouvelle.

Velpeau, dès 1833, avait comparé l'hypertrophie de la prostate aux tumeurs fibreuses de l'utérus. Reprenant une théorie anciennement émise par Meckel, il cherche à établir que la prostate est chez l'homme l'homologue de l'utérus; il existe, dit-il, des tumeurs fibreuses prostatiques qui proéminent du côté de la cavité vésicale, qui se pédiculisent absolument comme les polypes fibreux de l'utérus, en s'enveloppant de la muqueuse vésicale. Ces corps fibreux peuvent se développer dans l'épaisseur même de la prostate, comme ceux de l'utérus; enfin ils s'observent à la surface périnéale et rectale, de même qu'on rencontre sur l'utérus des tumeurs fibreuses sous-péritonéales. Ces deux ordres de tumeurs ont une tendance à s'énucléer, et toutes deux se produisent à l'âge où l'organe cesse de fonctionner. Le point de départ de ces productions serait l'extravasation d'une gouttelette de sang ou de lymphe au sein du tissu prostatique.

Velpeau fait suivre cet exposé théorique d'une exposition magistralement tracée des faits cliniques et des lésions anatomiques. Réagissant contre les idées, admises jusque-là, de paralysie et d'inertie vésicale, il montre que la rétention est causée par un obstacle matériel au col de la vessie et que, loin d'être paralysée, la vessie est au contraire plus forte et plus musculaire.

Mercier combattit l'analogie des tumeurs prostatiques et des tumeurs utérines. Pour lui, l'hypertrophie, la production de masses isolables et énucléables au sein du tissu prostatique est due à la stase sanguine. Il se produit sous l'influence des troubles de la circulation des modifications du tissu qui devient plus dense, plus fibreux, et tend à prendre une appparence lobulée. Mercier, dans une discussion un peu confuse, tente d'établir une analogie entre ces transformations de la prostate et la lobulation du foie dans la cirrhose, considérations qui, aujourd'hui, n'offrent pas grand intérêt même au point de vue historique. La même théorie avait d'ailleurs été déjà proposée par E. Home. Elle repose sur une confusion entre les lésions fondamentales de l'hypertrophie et le développement du réseau veineux qui facilite la congestion de l'organe.

Mercier s'est surtout attaché à montrer les conséquences de la tuméfaction prostatique, se rencontrant sur ce point en communauté d'idées avec Velpeau. Les divers états pathologiques de la vessie sont secondaires, la rétention, l'incontinence, ne sont que les résultats d'un obstacle apporté à l'émission de l'urine. Suivant la disposition de cet obstacle, les phénomènes changent : l'accroissement d'un seul ou des deux lobes latéraux produit un peu de rétention par suite de la barrière opposée à l'écoulement de l'urine, si les deux lobes présentent des déviations alternes, la rétention s'observe, mais elle peut être intermittente. L'hypertrophie sus-montanale amène elle aussi une rétention, car elle porte en avant le bord postérieur du col vésical, de manière à déterminer une saillie au-dessus du canal ; la partie moyenne du bord postérieur vient donc se mettre en contact avec le bord antérieur et ferme le col par un mécanisme de soupape. Quand la rétention est considérable, des tiraillements sont exercés sur toute la périphérie du col, la saillie sus-montanale est ramenée en arrière et l'écoulement du liquide redevient possible. L'incontinence est produite par la tuméfaction simultanée des trois lobes latéraux qui, grossissant inégalement, n'arrivent plus au contact parfait et laissent échapper l'urine sans que la volonté puisse s'y opposer.

La théorie de Mercier est, on le voit, toute mécanique; ce sont les déformations, les tumeurs siégeant au niveau du col vésical qui expliquent tout. La vessie ne fait qu'obéir; les lésions qu'on y rencontre sont dues ou à l'inflammation ou à la lutte qu'elle a dû soutenir contre un obstacle. Repoussant complètement la notion de l'inertie vésicale, Mercier n'admet plus

---

Si encore on pouvait, par ces douloureuses amputations, supprimer la dette de la France et faire disparaître les déficits de nos budgets annuels, le patriotisme commanderait d'absoudre les auteurs et les fauteurs de cette réforme. Mais on ne réalisera qu'une économie de *bouts de chandelle*, qu'on nous passe l'expression, économie déplorable et des plus dégradantes même pour une nation aux abois!

La France n'en est pas là! Qu'on relève un enseignement de cette importance, voilà ce qu'il faudrait. Mais l'amoindrir, le supprimer presque, quel est le Ministre de la Marine qui, même couvert dans sa responsabilité par le vote de députés incompétents ou trop complaisants, oserait achever la consommation de ce crime?

Nous espérons qu'on n'en trouvera pas. Nous l'espérons d'autant plus qu'en face des protestations qui se multiplient, nous voyons les hésitations faire place aux tâtonnements et les atermoiements succéder à l'indécision.

En vain, la ville de Rochefort et les Charentais se remuent pour obtenir le monopole de l'enseignement de la médecine navale (1). Souhaitons que les intérêts de la science prévaudront sur des intérêts locaux ou sur de misérables considérations politiques.

***

Nos clients sont parfois nos victimes, et quelques-uns de nos confrères, ont le tort de ne pas toujours mettre les *points sur les i*.

Voici un exemple à l'appui de notre assertion :

Une femme vient à la consultation du docteur B..., médecin d'une administration importante. La salle d'attente regorge. Notre confrère est pressé. La femme se plaint d'un point de côté sous le sein gauche. B... ausculte et n'entend rien d'anormal.

Il se hâte d'écrire sur un morceau de papier rectangulaire : *Emplâtre de thapsia de 0m.15 sur 0m.10*, et remettant son ordonnance à la patiente, lui dit : « Vous mettrez cela sur votre

(1) Dans le projet ministériel auquel nous faisons allusion, on réduirait à une seule les trois Ecoles de médecine navale. Les professeurs, au bout de quelques années, reprendraient la mer. Les études seraient plus difficiles et trop coûteuses pour ne pas rebuter les candidats, déjà rares.

même le mot de regorgement, qu'il réserve aux paralysies vésicales consécutives à une lésion du système nerveux.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution a l'étude du traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre, par M. Paul Thiéry, aide d'anatomie de la Faculté.

Suite et fin. — Voir les numéros 31, 32 et 33.

Pour plus de clarté, nous résumons nos observations sous forme de tableau :

Ainsi donc, nos résultats se décomposent ainsi :

Sur 10 malades traités, 6 seulement ont pu être revus ; 4 ne se sont pas présentés.

Parmi ceux que nous avons pu revoir, 4 présentaient des accidents consécutifs ; 1 était indemne de toute infection syphilitique ; un autre présentait des accidents de nature douteuse.

On voit dès l'abord combien sont grandes les difficultés que l'on éprouve lorsqu'on veut suivre pendant un certain temps des observations de cette nature : soit par défiance, soit par insouciance, les malades ne reviennent point consulter, ne répondent pas aux lettres ou s'adressent ailleurs pour se faire traiter. Nous regrettons tout particulièrement l'observation du

No d'ordre Opération	Age du chancre	Résultat	Laps de temps écoulé entre l'excision et l'apparition des accidents secondaires	Nature de ces accidents	Observations Date du dernier examen
I 7 septembre 86	Plus de 10 jours	Echec	37 jours	Accidents nombreux assez sérieux	Extirpation simultanée des ganglions Revu le 22 juin 88.
II 30 décembre 87	10 jours.	Echec	70 jours	Syphilis peu grave	Le malade n'a pas été revu depuis le 8 juin 87.
III 11 novembre 86	4 à 5 jours	Echec	18 jours	Accidents très légers	Revu le 25 juin 88.
IV 24 janvier 87	?	Echec	Plusieurs mois	....	Le malade n'a pu être revu depuis l'été 1887.
V 11 septembre 86	4 ou 5 jours	....	....	....	Extirpation simultanée d'un ganglion. N'a pu être revu.
VI 5 octobre 86	8 jours	....	....	....	N'a pu être revu
VII 5 octobre 86	8 jours	....	....	....	N'a pu être revu.
VIII novembre 86	10 jours	....	....	....	Le malade est mort d'une affection étrangère à la syphilis.
IX 31 janvier 87	15 jours environ	Succés	....	Aucun accident syphilitique	Le malade a été revu le 22 juin 1888
X 2 novembre 86	8 jours	Douteux	....	Douteux	On peut mettre en doute et la nature syphilitique de l'accident primitif et la nature des accidents consécutifs.

point de côté, et si dans trois jours vous n'êtes pas soulagée, vous viendrez me retrouver. »

Au jour dit, la femme arrive et se plaint de plus belle : « Vous avez bien appliqué ce que je vous avais donné, demande B... » Certainement, je le porte encore. « Montrez. »

Mme X... se déshabille, et à son médecin stupéfait fait voir consciencieusement appliqué sur la poitrine : Quoi? Le papier même sur lequel étaient encore lisibles les mots : Emplâtre de thapsia, etc., etc.

Avis aux papetiers. Ne pourraient-ils pas ajouter un peu d'huile de croton à leur pâte?

***

Je parlais l'autre jour de la graine de lin, et à propos de l'ostracisme auquel d'aucuns l'ont vouée, je signalais les prospectus que certains industriels lancent dans le public pour la réhabiliter. Ces prospectus font des adeptes, et des adeptes on ne peut plus fervents.

Mme X... est une de ces converties aux bienfaits de l'ingestion de la graine de lin telle quelle; et si convaincue, qu'on est mal venu à vouloir démolir son fétiche. Cependant, un jour en souriant, j'ai essayé de restreindre l'abus qu'elle en faisait. Pour cela, je lui racontai que la saillie piquante de la pointe de la graine pouvait offrir de graves dangers. Qu'une de ces graines s'égare, disais-je, dans l'appendice iléo-cœcal, et l'on risque de voir cet appendice perforé. On meurt d'une péritonite, et personne ne soupçonne une graine de lin maladroite de vous avoir ouvert la porte du tombeau.

Quelle impression funèbre cette phrase produisit, je ne saurais le dire, tant elle fut marquée!

Quoi qu'il en soit, je crus que Mme X..., terrifiée, était guérie désormais de son appétence pour les graines de lin ingurgitées à pleines cuillerées.

Quelle était mon erreur?

Quatre ans après, Mme X... mariait sa fille. J'étais invité à la noce, et après le dîner j'apprenais de la nouvelle mariée le principal motif de la joie qu'elle manifestait en cette circonstance. Au moins maintenant, me dit-elle, j'aurai mes soirées libres et je ne serai plus obligée de passer mon temps à émousser une à une, à émonder à l'aide de fins ciseaux les graines que ma mère doit avaler le lendemain.

n° V, qui, malgré plusieurs lettres, ne nous a point répondu et qui se présentait pourtant dans de bonnes conditions pour l'expérience.

Nous n'établirons donc nos conclusions que sur les résultats obtenus chez 5 des malades revus, car il faut, ce nous semble, distraire de la statistique l'observation n° X, pour les motifs que nous indiquons plus loin.

REMARQUE. — Si l'on veut bien examiner avec nous dès maintenant ces observations, on remarquera qu'elles correspondent aux *desiderata* exprimés par M. Morel Lavallée :

1° La confrontation n'a eu lieu que dans un cas, il est vrai, mais dans les autres elle a été démontrée superflue, puisqu'il y a eu infection. Dans le seul cas où elle eût été nécessaire (observation IX), les caractères du chancre étaient tels qu'aucune erreur n'était possible ;

2° L'incubation chez les malades dont l'observation est complète a toujours dépassé quinze jours ;

3° Aucun de nos malades n'était antérieurement syphilitique ;

4° L'apparition d'accidents secondaires prouve surabondamment que nous avions en affaire à des chancres infectants et non à de l'herpès ou à des chancrelles ;

5° Enfin l'observation a été continuée pour tous les malades sur lesquels nous appuyons nos conclusions pendant près de deux ans.

Deux de nos cas seulement pourraient être mis en doute. Ce sont ceux qui font l'objet des observations IX et X.

Pour le premier, les signes objectifs de la lésion étaient des plus nets : il y a eu incubation de longue durée. Enfin la lésion est apparue lentement, *a toujours progressé*, et pendant quinze jours n'a présenté aucune tendance à guérir. On pouvait donc écarter le diagnostic herpès. Quant au chancre mou, il n'y avait évidemment pas à y songer, d'après les caractères objectifs que nous avons pu constater.

Quant à notre observation X, elle est certes le type de ces observations où quelques auteurs ont voulu voir le maximum de certitude. Un homme a un seul rapport avec une femme que l'on reconnaît syphilitique : vingt à vingt-cinq jours après, apparition d'une érosion qui progresse et qui est traitée par l'excision.

Eh bien, cependant, nous nous refusons à voir là une certitude de chancre syphilitique : il y a probabilité, grande assurément, mais l'existence d'un herpès « prémonitoire ou symptomatique » pourrait nous être reprochée.

Nous sommes convaincus que les symptômes divers présentés dans la suite par le malade, notés jour par jour par lui avec une anxiété particulière, n'ont rien en de commun avec l'infection syphilitique ; mais si cette certitude existe pour nous, nous ne saurions l'imposer à ceux qui liront cette étude et le discrédit de cette observation ne pourrait manquer de rejaillir sur les précédentes.

Nous voulons donc aller au devant de tout reproche de partialité et nous ferons bon marché de cette observation en la classant sous la dénomination de « douteuse », obéissant ainsi aux principes inflexibles du professeur Fournier.

On pourrait nous reprocher d'avoir publié un certain nombre d'observations auxquelles manquent des renseignements complémentaires. Nous l'avons fait pour plusieurs raisons.

1° Pour montrer combien il est difficile d'obéir au dernier principe posé par M. Lavallée, c'est-à-dire de continuer longtemps une observation ;

2° Pour que ces observations, courtes et résumées, contiennent en tout cas l'enseignement de l'innocuité de cette opération, même lorsque l'excision est accompagnée de l'extirpation des ganglions (Obs. I et V incomplètes);

3° Parce que nous avons enfin désiré les réunir toutes dans un seul travail pour faciliter l'adjonction d'une note additionnelle dans le cas où le bon vouloir de nos malades nous permettrait tardivement d'appuyer nos conclusions sur un plus grand nombre d'observations.

Nous sommes alors réduits, par le silence de nos malades et par la rigueur de notre statistique dont nous voulons écarter tout cas douteux, à de maigres ressources pour établir nos conclusions.

Cinq cas de chancre syphilitique indéniable nous ont donné 4 insuccès, et parmi eux nous possédons un cas où le chancre ne datait que de quatre à cinq jours.

Un succès ne nous paraît pas douteux, c'est celui qui est consigné dans l'observation n° IX. Le malade a été encore revu dix-sept mois après l'opération. On peut donc inférer qu'il n'y a pas lieu de songer dès lors à l'apparition probable d'accidents secondaires.

Ici, tout s'est passé pour le mieux. Les ganglions qui existaient au moment de l'opération ont disparu rapidement (voir

---

Et nunc erudimini... Quel beau modèle de piété filiale! Mais en même temps quel terrible exemple de dureté, de cruauté maternelle ou tout simplement d'égoïsme raffiné! Je croyais avoir guéri la mère. Je n'avais fait que lui inspirer un étrange système de torture pour sa fille.

D^r PÉTER-PAUL SOMANS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Pendant l'année scolaire 1887-1888, la Faculté de médecine de Montpellier a conféré 93 diplômes de docteur, ce qui fait une augmentation de 29 sur l'année précédente.

Les prix de la Faculté sont ainsi répartis :

Prix de fin d'année.

Concours de première année. — Prix : M. Cazamayor. — Mention très honorable : M. Castex (Edmond). — Mention honorable : M. Viguié.

Concours de deuxième année. — Prix : M. Sacaze. — Mention honorable, *ex-æquo* : MM. Rasamimanana et Soulié.

Concours de troisième année. — Prix : M. Basc. — Prix Fontaine : M. le docteur Jeannel. — Prix de la ville, *ex-æquo* : MM. les docteurs Bertin-Sans (Henri) et Estor.

M. Baumel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est chargé du service de la Clinique médicale pendant les vacances de l'année scolaire 1887-1888.

Pendant la même période, M. Forgue, professeur-agrégé à la Faculté de médecine, est chargé du service de la Clinique chirurgicale.

A la suite des votes émis par la Faculté de médecine pour la nomination de deux titulaires aux chaires d'anatomie laissées vacantes par suite de la mise à la retraite de M. le professeur Benoît, et de pathologie interne par le passage de M. le professeur Castan à la Clinique médicale, la liste de présentation des candidats a été ainsi dressée :

1° Pour la chaire d'anatomie : En première ligne, M. Paulet ; en deuxième ligne, M. Bimar.

2° Pour la chaire de pathologie : En première ligne : M. Carrieu ; en deuxième ligne, M. Mossé.

les cas analogues de Auspitz) et l'on pourrait peut-être en conclure qu'il y avait adénite non spécifique, le chancre se comportant dans leur production, comme aurait pu le faire une plaie simple.

Mais ce chancre datait de quinze jours au moins, et nous voilà en contradiction avec les faits dans lesquels l'excision du chancre au début n'a pas été suivie de succès.

Aussi, nous n'hésitons pas à penser qu'il y a un facteur spécial encore inconnu, mais qui est capable de retarder la marche de l'absorption par les lymphatiques. Le résultat n'en est que la rapidité de cette infection peut-être toute différente chez un sujet et chez un autre, et que la moyenne d'incubation établie par les statistiques n'a pas de valeur individuelle absolue.

Peut-être peut-on chercher et trouver les raisons de cette différence dans l'état du système lymphatique au moment de l'infection. Tout engorgement ganglionnaire antérieur peut, ce nous semble, opposer momentanément une barrière à la marche du virus, ce qui explique ces énormes bubons syphilostrumeux que nous avons si souvent observés à l'hôpital du Midi et où semblait se concentrer, suivant l'image pittoresque de M. Gémy, les corps de débarquement de la syphilis, comme en deçà d'une digue qui les contient et s'oppose pour quelque temps à leur dispersion dans la totalité de l'organisme (1).

Nos cas sont trop peu nombreux pour pouvoir donner un grand poids à notre opinion. Cependant, d'ores et déjà, il nous semble que l'on doit être très réservé dans le pronostic de la marche de l'infection après excision, et le peu que nous avons pu observer nous fait fort peu espérer de l'avenir. Il est à craindre qu'on ne puisse fonder quelque espoir que sur l'excision de toute érosion apparue après le coït, cette excision n'ayant plus de valeur lorsque le chancre possédera des caractères objectifs suffisants pour faire admettre sa spécificité.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu qu'un résultat favorable pourra quelquefois être obtenu, mais sans qu'il puisse être prévu et sans qu'il soit soumis à une loi précise.

Il nous resterait à envisager le second côté de la question: l'excision a-t-elle quelque influence sur l'atténuation des accidents ultérieurs?

En se reportant à quelques-uns des auteurs que nous avons cités au début de cette étude, on verra qu'ici encore le débat est ouvert.

Comme le fait remarquer judicieusement M. le professeur Fournier, telle vérole bénigne, dans sa période secondaire, peut être de la plus haute gravité par ses accidents tertiaires.

Nous avons cité l'observation de Neumann; elle est concluante. Dans les observations que nous avons recueillies au Midi, nous voyons (obs. I) les accidents secondaires être déjà sérieux. Dans les trois autres cas, ils sont jusqu'à présent relativement bénins. Qu'adviendra-t-il de ces malades, que leur réserve la période tertiaire? Rien ne peut le faire prévoir, et ici encore il faut rester dans le doute; mais il n'en reste pas moins évident, d'après de nombreuses observations, que souvent l'excision n'a point empêché la production d'une vérole sévère.

Y a-t-il d'autre part retard dans l'explosion des accidents secondaires après l'excision? Trois de nos observations tendraient à le prouver (obs. I (?), II et IV). Malheureusement, l'observation III semble démentir cette opinion.

CONCLUSIONS. — Nous aurions voulu fournir à l'appui de nos conclusions un plus grand nombre de cas; mais on a vu quelle était la difficulté de revoir les malades. Aussi avons-nous lu avec attention les diverses observations publiées sur ce sujet, et de cette lecture, comme de ce que nous avons pu voir, nous croyons pouvoir conclure :

1º Que l'excision du chancre, en tant que traitement abortif de la syphilis, est une méthode douteuse et infidèle, principalement lorsqu'il existe des lésions ganglionnaires. Dans ces cas, l'échec est presque fatal, si l'adénopathie est d'*origine spécifique*;

2º Qu'elle ne peut être regardée comme dangereuse, même lorsqu'elle est complétée par l'extirpation des ganglions, mais que celle-ci, étant au moins inutile, doit être rejetée de la pratique;

3º Qu'elle ne semble pas avoir une influence notable sur l'atténuation du virus spécifique;

4º Qu'elle peut dans certains cas être tentée au moins comme traitement local du chancre, le succès pouvant dépendre de causes actuellement impossibles à prévoir;

5º Que la suppression d'érosions légères n'ayant pas encore les caractères du chancre infectant, est rationnelle, bien que le contrôle de son efficacité soit très difficile à établir. Quelques cas ont été suivis de succès.

On pourrait peut-être induire de ce qui précède et de quelques observations authentiques ayant trait à nos conclusions V que la syphilis peut être regardée comme infection générale dès le début du chancre confirmé (trentième jour environ), mais que cela n'infirme en rien la théorie qui attribue d'abord la localisation de la maladie au point d'inoculation pendant un laps de temps impossible à déterminer actuellement, mais qui ne saurait excéder vingt-cinq à trente jours au maximum.

REVUE DE TOXICOLOGIE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

VI. UN CAS D'INTOXICATION PAR L'ANTIFÉBRINE, par le docteur J. MEYER (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, nº 5, p. 259). —VII. INTOLÉRANCE POUR L'ANTIPYRINE, par le docteur W.-A. STURGE (*British Medic. Journal*, 4 février 1888, p. 243). — VIII. EMPOISONNEMENT PAR L'HYDRATE D'AMYLÈNE, par le docteur DIETZ (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1888, nº 18). — IX. SYMPTÔMES GRAVES CONSÉCUTIFS A L'ADMINISTRATION DE LA PHÉNACÉTINE, par le docteur LINDMANN (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, nº 6, p. 306). — X. SYMPTÔMES INSOLITES SURVENUS A LA SUITE D'UNE INTOXICATION AIGUE PAR LA MORPHINE, par le docteur SCHEIBER, de Pesth (*Pester medicinisch-chirurg. Presse*, 1888, nº 6) — XI. UN CAS D'INTOXICATION PAR LE CAFÉ, par le docteur GLOCAUER (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, nº 4, p. 197).

VI. Un homme de 38 ans, relieur, sujet au catarrhe bronchique, souffrait d'un accès d'hémicranie. Un droguiste de Berlin lui délivra deux doses d'antifébrine (acétanilide) de 2 gr. chacune, que le malade absorba à vingt-quatre heures

(1) On sait qu'une maladie intercurrente, fièvre jaune (Fournier) par exemple, peut retarder l'apparition des accidents secondaires (neuf mois dans un cas).

d'intervalle, pour se débarrasser de sa migraine. La première dose fut bien supportée. Par contre, un quart d'heure environ après l'ingestion de la seconde dose, se déclarèrent des accidents d'intoxication : sueur froide, sensation de grande prostration, angoisse, palpitations, petitesse et accélération du pouls. Bientôt une teinte cyanotique couvrit et envahit la face, les lèvres, les mains.

On fit prendre au malade une tasse de café noir, puis de l'huile de ricin ; on lui appliqua des sinapismes. Peu à peu, la cyanose disparut. Les autres manifestations toxiques ne se dissipèrent que lentement, et pendant quelques jours le malade se sentit très abattu.

VII. Une personne qui souffrait de la migraine absorba environ 30 centig. (5 grains) d'antipyrine. Quelques minutes plus tard, elle fut prise de violents éternuements, d'injection de la face et des yeux, d'épiphora, d'un écoulement muqueux par les narines. La respiration devint pénible, avec accès d'étouffements. Par moments, des quintes de toux violentes aboutissaient à l'expectoration de grandes quantités de mucus. Sueurs profuses. Au bout d'une demi-heure environ, fortes démangeaisons, puis éruption ortiée, sur les cuisses d'abord, puis sur le ventre. Goût métallique dans la bouche, hallucinations de l'ouïe. Pouls plein et rapide.

Ces symptômes se dissipèrent au bout de trois quarts d'heure environ, ne laissant à leur suite que l'écoulement nasal et un peu d'oppression.

VIII. A la clinique des maladies mentales de Leipzig, l'hydrate d'amylène, nouveau médicament somnifère et calmant, a fait l'objet d'une expérience en règle. Le service était constamment approvisionné d'une mixture d'hydrate d'amylène, dont on faisait prendre aux malades des quantités déterminées, suivant les besoins du moment. Recommandation avait été faite d'agiter le flacon avant de verser le contenu. Or, il arriva un jour qu'après avoir été agité, le flacon resta quelques instants au repos, dans la main de la personne qui débitait la préparation médicamenteuse. L'hydrate d'amylène, en raison de sa faible densité, revint s'amasser dans les couches les plus superficielles de la mixture. Quatre malades absorbèrent ainsi le médicament sous forme concentrée, sans que l'on put d'ailleurs évaluer avec exactitude la dose qu'ils absorbèrent. Toujours est-il que tous les quatre présentèrent des symptômes d'intoxication assez semblables à ceux d'un empoisonnement par l'alcool, c'est-à-dire : sommeil prolongé, puis paralysie des extrémités, abolition complète de la sensibilité tactile et douloureuse, des réflexes ; dilatation des pupilles qui réagissaient mal, ralentissement et irrégularité des mouvements respiratoires devenus superficiels, petitesse et ralentissement du pouls, hypothermie.

Le traitement consista surtout en injections sous-cutanées de camphre. Les quatre intoxiqués ont guéri. M. DIETZ pense que pour prévenir de pareilles mésaventures, il conviendrait de prescrire l'hydrate d'amylène enrobé dans des capsules gélatineuses.

IX. M. LINDMANN a donné des soins à une femme de 34 ans, très robuste, mais sujette à la migraine. On avait traité cette femme par l'antipyrine, mais le médicament avait été rejeté par vomissement. M. Lindmann eut l'idée de substituer la phénacétine à l'antipyrine. Il prescrivit le médicament par prises de 1 gr., à prendre une pareille dose au moment d'un accès, et à répéter la dose au bout de trois heures, si l'accès n'était pas dissipé. Un matin, à sept heures, au début d'un violent accès de migraine, la malade prit une première dose (1 gr.) de phénacétine ; peu après, elle éprouva du vertige, des nausées, avec mouches volantes devant les yeux, tremblement dans les membres. La céphalalgie gagna en intensité. Nouvelle dose de phénacétine (1 gr.), à dix heures ; aggravation du malaise.

En même temps l'entourage fut frappé de la teinte bleuâtre qui envahissait la face, les mains et les doigts de la malade ; la peau était couverte d'une sueur froide ; dyspnée et angoisse considérables. La céphalalgie continuait. Vers 2 heures de l'après-midi, à l'arrivée du médecin, la cyanose persistait. Il était cependant survenu de l'amélioration. Le pouls était vigoureux, plein, 68. La peau était froide. La malade avait toujours de la céphalalgie, des nausées, de l'angoisse. Elle ne pouvait se tenir debout sans appui. Le médecin prescrivit des applications de glace sur la tête, de la glace à l'intérieur, en petits fragments, et du champagne. Persistance de la cyanose, le soir. La malade passa la nuit sans dormir. Le lendemain, plus de cyanose, encore un peu de nausées ; grande prostration.

Cette observation, fait remarquer l'auteur, prouve qu'à l'instar de l'antifébrine, la phénacétine peut produire de la cyanose, et que l'administration de ce médicament exige de la circonspection.

X. Une femme de 54 ans, à laquelle on avait injecté sous la peau, en deux fois, 5 centigrammes de morphine, fut prise d'une attaque de folie (paranoïa) hallucinatoire aiguë, avec amnésie, aphasie, agraphie, alexie. Puis il se forma un foyer de gangrène au sacrum, de la largeur d'une main ; enfin, au talon droit et à la racine du gros orteil gauche, momification dans une étendue d'un thaler. On institua un traitement par l'iodure de potassium et la galvanisation, 53 jours après le début des accidents. La guérison fut obtenue en l'espace de deux mois.

L'auteur estime que les accidents psychiques nerveux chez cette femme étaient l'expression de troubles nutritifs ayant affecté la substance cérébrale.

XI. Une femme de 25 ans, robuste, n'avait jamais bu de « café noir », lorsqu'il lui arriva, certain jour, d'ingérer coup sur coup dix tasses d'une forte infusion. Deux heures plus tard, elle fut prise de vomissements, de vertige, avec bruits de sifflement dans la tête ; elle vint en proie à une grande angoisse et à une agitation générale. Son regard était fixe, ses doigts tremblaient, les extrémités étaient refroidies, le pouls accéléré. Elle éprouvait des douleurs à l'épigastre.

On fit absorber à la malade des boissons chaudes et de l'éther. On lui fit des lotions chaudes, et finalement on lui injecta de la morphine sous la peau. La malade entra en transpiration et tomba dans un sommeil réparateur ; le lendemain elle était rétablie.

E. RICKLIN.

VARIÉTÉS

La maladie de l'Empereur Frédéric III, exposée d'après des sources officielles et d'après les rapports des médecins : professeurs Bardleben, von Bergmann, docteur Bramann, professeurs Gerhardt, Kessmanl, etc., etc.

Suite. — Voir les numéros 32 et 33.

Les développements que nous avons donnés à l'analyse du rapport de M. Gerhardt vont nous permettre d'abréger l'analyse des documents qui suivent.

II. Le rapport du professeur von Bergmann constate, dès les premières lignes, que ce chirurgien, appelé à examiner le larynx du prince, avait diagnostiqué un épithélioma déjà après un premier examen laryngoscopique (16 mai 1887). A cette date, M. von Bergmann avait soutenu la nécessité d'intervenir par la laryngotomie. Suit un plaidoyer en faveur de l'innocuité de cette opération. « De quelque façon qu'on prétende juger la *thyrotomie* ou section du larynx, pratiquée pour entreprendre des opérations dans l'intérieur de cet organe, une chose est certaine, c'est que dans le cours des dix dernières années cette opération est devenue de plus en plus fréquente et qu'elle a été exécutée au prix de dangers toujours moindres. Sur sept sections du larynx que j'ai pratiquées à Berlin et auxquelles viennent s'ajouter deux cricotomies, aucune n'a eu de terminaison fâcheuse. Toutes ont guéri rapidement et sans complications. (La « *Pall-Mall-Gazette* », ainsi que la « *Vossische-Zeitung* », se complaisaient à me représenter comme un chirurgien auquel ces opérations n'avaient encore jamais réussi. « Docteur von Bergmann, *has not perfomed even one* ». Je n'avais pas laissé ignorer à Mackenzie mes heureux résultats.). Mais je ne suis pas seul à considérer l'opération sous un jour si favorable, beaucoup d'autres, Rauchfuss, par exemple, et Kœhler sont dans la même situation, et le travail publié récemment dans la collection de Volkmann, par Schuchart, « Sur l'incision extérieure du larynx », contient ce témoignage : « Le danger de mort, que fait courir la laryngofissure a été exagéré jadis, il est très minime quand on a recours au traitement antiseptique ». M. von Bergmann insiste aussi sur ce que, au mois de mai 1887, il n'était pas question de faire subir au prince « une autre opération que la section du larynx pratiquée en vue d'extirper la petite tumeur située à la face inférieure de la corde vocale gauche ». M. von Bergmann ajoute, en soulignant, que l'opération proposée n'était pas plus dangereuse qu'une trachéotomie ordinaire. Tout au plus pouvait-elle compromettre dans une certaine mesure la phonation, conséquence qui n'est pas inévitable.

L'opération était acceptée et les préparatifs faits, ainsi qu'il a été dit plus haut. L'intervention de M. Mackenzie eut les conséquences que l'on sait. Là-dessus M. von Bergmann s'étend longuement sur le parti que M. Mackenzie a tiré des attestations de Virchow relatives aux résultats fournis par l'examen histologique des fragments de néoplasme excisés. Avec force citations à l'appui, M. von Bergmann entreprend de démontrer que M. Mackenzie attachait aux constatations de Virchow une signification qu'elles ne pouvaient pas avoir.

M. von Bergmann précise ensuite les raisons pour lesquelles, à la suite des consultations qu'il avait tenues avec M. Mackenzie, il avait perdu toute la confiance que lui inspirait le renom du célèbre spécialiste ; les relations de M. Mackensie avec les représentants de la presse anglaise et allemande sont sévèrement appréciées.

Le reste de l'écrit de M. von Bergmann ne contient que des renseignements déjà connus.

III. Le rapport de M. von Landgraf, qui vient en troisième ligne, n'est, en somme, qu'un « journal » relatant, sous une forme sommaire, ce que l'auteur, chargé d'accompagner le prince pendant son voyage en Angleterre, a été à même de savoir touchant l'évolution de la maladie pendant cet exode.

Le désir des médecins allemands appelés auprès du prince était, on se le rappelle, que l'un d'entre eux fût chargé de « surveiller » M. Mackensie pendant cette seconde phase du traitement. C'est ce rôle de « surveillant » qui devait incomber à M. von Landgraf. Le rapport de ce dernier nous apprend que ce rôle fut éminemment fictif.

En Angleterre seulement, M. von Landgraf fut mis au courant de l'état du malade ; on lui fit savoir, par la même occasion, que le prince s'abandonnait entièrement aux soins de M. Mackensie, qu'il ne désirait pas voir les médecins allemands participer au traitement.

M. von Landgraf est admis pour la première fois à examiner le larynx du prince, le 17 juin, puis le 18. Il constate tout ce qu'avait signalé précédemment M. Gerhardt, moins l'existence d'une ulcération à la surface de la tumeur. Des contestations s'étant élevées entre M. Mackensie et M. von Landgraf, au sujet des résultats de l'examen laryngoscopique, le médecin allemand proposa qu'on voulut bien tenir registre de toutes les modifications que M. Mackensie jugerait à propos d'apporter au traitement. Cette proposition fut repoussée.

Un peu plus tard, M. von Landgraf apprit *indirectement* que M. Mackensie badigeonnait le larynx du malade avec une solution de perchlorure de fer, et que ces badigeonnages occasionnaient des douleurs.

Le 26 juin, M. Landgraf est admis à pratiquer un nouvel examen laryngoscopique ; il trouve les choses dans le même état que précédemment. M. Mackensie lui communique son intention d'exciser un nouveau fragment du larynx ; le projet est mis à exécution le 28, en l'absence de M. von Landgraf. Ce dernier est admis, le 1er juillet, à constater en quel état se trouve le larynx du malade. Le néoplasme avait disparu. Il subsistait une rougeur et une tuméfaction considérables, cette dernière se dessinant d'une façon plus nette sur la paroi postérieure, vers son milieu un peu plus à gauche ; à ce niveau, se voyait une teinte d'un jaune grisâtre.

A deux reprises différentes, M. von Landgraf s'adressa par écrit à M. Mackensie, pour lui demander s'il avait constaté cette tuméfaction et quelle signification il lui attribuait. M. Mackensie se contenta de faire promettre des explications verbales pour la plus prochaine occasion.

Le 4 juin, arrive le rapport de Virchow sur les résultats de l'examen histologique du dernier fragment excisé ; ce rapport était accompagné d'un écrit empreint d'espoir. Le 8, M. von Landgraf apprend les assurances données par M. Mackensie, comme quoi la paroi postérieure du larynx du malade était saine. Le 29 juillet, à Norris Castle, M. von Landgraf indique au docteur Wolfenden, sur un dessin, le siège précis de la tuméfaction. Le 31 juillet, l'existence de celle-ci est concédée par M. Mackensie. Dans l'intervalle, le 22 juillet, lors d'un nouvel

examen laryngoscopique, M. von Landgraf avait constaté que la tumeur du larynx avait de nouveau atteint le même volume que lors de la précédente extirpation (28 juin). M. Mackensie tomba d'accord sur ce point. Même état le 29 juin.

Le 31 juillet, le docteur Wegner rappela à M. Mackensie qu'il lui appartenait de fixer le moment où il y aurait lieu de s'arrêter dans la voie suivie et de prendre un parti radical. Dans sa réponse, M. Mackensie exposa comme quoi l'évolution ultérieure du mal pourrait être aggravée par trois circonstances possibles : la transformation de la néoplasie en tumeur maligne, hypothèse la moins vraisemblable; la possibilité qu'il s'agissait de papillomes multiples du larynx ; la transformation du mal primitif en laryngite chronique s'étendant aux tissus profonds.

Le 4 août, M. von Landgraf apprend de la bouche de la princesse impériale que depuis le mois de mars, le prince avait de la dysphagie, qui s'était accentuée dans les derniers temps ; qu'il s'y était ajouté une certaine gêne respiratoire, que M. Mackensie attribuait la dysphagie à une angine *a frigore*. Cette explication fut combattue par M. von Landgraf.

Pendant quelques jours on fit des applications galvanocaustiques.

Le 7 août, M. von Landgraf constate que la tumeur a augmenté de volume, que sa surface est inégale, qu'à son centre il existe un point noir, que la tuméfaction de la paroi postérieure ne s'est pas modifiée; que la corde vocale gauche est complètement immobile, ce que le médecin allemand attribuait à des lésions plus profondes. M. von Landgraf fit remarquer au docteur Wegner que le délai de huit semaines fixé par M. Mackensie pour obtenir la guérison complète du prince était écoulé, et que l'état du malade n'avait fait que s'aggraver. Devant le danger que devait faire courir au malade une temporisation plus prolongée, M. von Landgraf insista pour qu'une nouvelle consultation eut lieu avec les médecins berlinois. Le docteur Wegner appuya cette proposition, à laquelle il ne fut pas donné suite. M. Mackensie n'admettait pas encore l'existence d'un cancer, d'après ce qui fut dit à M. von Landgraf.

Le 9 août, le malade et son entourage se rendirent en Ecosse. Le 23, M. von Landgraf fut admis à examiner pour la dernière fois le larynx du prince qui se plaignait beaucoup de sa dysphagie. La tumeur s'était couverte de petites végétations qui arrivaient presque jusqu'au milieu de la glotte, empêchant de voir dans la profondeur.

Le 29 août, M. von Landgraf reçut communication d'un bulletin qui devait être inséré dans le *Reichs-Anzeiger*, journal officiel; dans cet écrit, l'accroissement de la tumeur était nié.

On revient ensuite à Londres et, dans les premiers jours de septembre, M. von Landgraf fut congédié de la façon la plus gracieuse.

(A suivre).

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS : MALADIES DES SYSTÈMES LYMPHATIQUE ET CUTANÉ. — PARASITES. — ANIMAUX NUISIBLES, par M. le docteur FERNAND ROUX. Tome troisième et dernier. Un volume in-8o de 595 pages. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 1888.

Voici enfin la troisième et dernière partie de l'œuvre importante de M. le docteur Fernand Roux, œuvre dont nous avons déjà parlé à propos de la publication des deux premiers tomes. (Voir la GAZETTE MÉDICALE de 1886, p. 502, et de 1887, p. 392.)

Ce nouveau volume, plus considérable, présente aussi plus de variétés que les deux autres. La première partie, traitant des maladies du système lymphatique, est subdivisée en deux sections : l'une consacrée à l'étude des lymphangites simples ou pernicieuses ; l'autre comprenant, sous le titre générique d'*obstruction lymphatique*, l'étude de la chylurie, du lymphocèle, de l'éléphantiasis et du lympho-scrotum.

Dans la deuxième partie, M. F. Roux s'occupe des maladies du système cutané, qu'il divise en quatre groupes :

1o *Maladies d'origine parasitaire*, telles que la lèpre, les herpès tropicaux, la gale de Malabar, et cette singulière maladie des cheveux, la *piedra*, observée en Colombie, maladie qui ressemble tant à ce que Beigel a décrit sous le nom de *gonflement et éclatement des poils*, à ce que Moritz Kaposi a appelé la *trichorexis nodosa* ;

2o *Maladies d'origine parasitaire probable*. Dans ce groupe sont décrits le *bouton d'Orient*, le même que le bouton de Biskra, le clou d'Alep, etc., le *yaws* et le *fongus du pied* ;

3o *Maladies non parasitaires*, telles que l'ainhum, le lichen tropicus, l'ulcère phagédénique des pays chauds et l'eczéma de la laque;

4o Enfin, une quatrième subdivision intitulée : *Maladies d'origine indéterminée*, ne comprend que la *Pinta*, cette singulière affection caractérisée par l'apparition brusque de taches sur la peau et dont J. Gomez a décrit cinq variétés : *noire, rouge, blanche, bleue* et *localisée*.

Vient ensuite un court chapitre consacré à l'héméralopie. Cette affection serait plus fréquente dans les pays chauds, et principalement sur la côte occidentale de l'Amérique du Sud, que dans nos climats, si bien que M. Roux l'appelle *héméralopie essentielle tropicale*. Elle paraît sévir surtout sur les matelots, et son étiologie semble comprendre deux facteurs bien distincts : 1o une action spéciale exercée par la lumière sur la rétine ; 2o une altération de la santé générale.

M. Roux aborde enfin l'étude des parasites : Parasites du sang : *Filaire du sang* et *bilharzia hæmatobia* ; Parasites de l'intestin : *Ankylostome, tænia, trichocéphale* ; Parasites du foie : *Douves* et *distomes* ; Parasites du poumon : *Distome de Ringer* ; Parasite de l'œil : *Filaria Loa*, et Parasites de la peau : *Ver de Guinée Filaria dermathemica* (parasite récemment décrit par da Silva Aranjo, de Babia), et *puce chique*.

L'ouvrage se termine par quelques pages sur les principaux animaux nuisibles des pays chauds : serpents, scorpions, scolopendres, araignées, moustiques, tsetsé, mouche hominivore ver du Cayor, cutérèbre nuisible, et les poissons toxiques du Japon (tetrodon, balistes, ostracion).

Au milieu de cette multitude de renseignements que renferme le volume de M. Roux, il serait bien difficile que la critique restât désarmée. Ainsi, à propos de la transmissibilité de la lèpre, on aurait pu citer l'opinion d'Hillairet qui a affirmé l'hérédité de cette affection bien avant Ponpinel.

On pourrait aussi chercher chicane à M. Roux sur le choix de certains noms. Assurément, lorsqu'il s'agit de maladies dont la nature est peu connue, l'embarras est permis ; l'on est bien obligé de choisir parmi les dénominations plus ou moins fantaisistes créées par les premiers observateurs indigènes. Mais pourquoi appeler ver de Guinée un parasite que tout le

monde connaît sous le nom de Filaire de Médine ou de Dragonneau? Ver de *Guinée!*... Ne le trouve-t-on pas ailleurs? Au Sénégal, en Egypte, en Abyssinie, comme en Arabie, en Perse, dans l'Inde et jusqu'aux Antilles et au Brésil, il a été observé. En histoire naturelle, le *ver de Guinée* ne signifie rien, tandis que la filaire représente une espèce zoologique.

Quoi qu'il en soit de ces critiques de détail, nous n'en conviendrons pas moins que M. Roux a enrichi la littérature médicale exotique d'un ouvrage intéressant.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

BULLETIN

La vaccination préventive du choléra asiatique.

Lundi dernier, l'Académie des sciences a entendu, avec une légitime émotion, son illustre secrétaire, M. Pasteur, lui donner lecture d'une communication du plus haut intérêt. Il s'agit en effet de la vaccination du choléra asiatique, qui aurait été découverte par M. Gamaleïa, docteur de l'institut bactériologique d'Odessa.

« Avec toute la modestie d'un grand inventeur », le physiologiste russe commence par déclarer que son travail n'est qu'une simple et fidèle application de la méthode expérimentale qui a été créée au laboratoire de M. Pasteur, méthode qui a déjà donné de si beaux résultats pour le choléra des poules, le rouget du porc, le charbon et la rage. Il n'a fait, dit-il, qu'en utiliser les deux grands principes : celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques. Puis il rappelle comment Robert Koch échoua dans des tentatives d'inoculation aux animaux des cultures du vibrion cholérique et comment, d'autre part, les membres de la mission française en Egypte ne réussirent qu'une seule fois à donner le choléra à une poule.

Voici, dans ses passages essentiels, le texte de la note écrite par M. Gamaleïa :

Il est facile de douer le vibrion cholérique d'une virulence extrême.

Il ne faut pour cela que le porter sur un pigeon, après un passage par le cobaye. Il tue alors les pigeons en leur produisant un choléra sec avec l'exfoliation de l'épithélium intestinal. Ce qui est plus important encore, le microbe apparaît aussi dans le sang des pigeons qui ont succombé. Après quelques passages, ce microbe acquiert une telle virulence que le sang des pigeons de passage, en dose d'une ou deux gouttes, tue tous les pigeons frais dans l'espace de huit à douze heures.

Ce virus tue aussi, avec des doses encore plus petites, les cobayes; il est important de noter que tous les animaux de ces deux espèces — sans exception — succombent à l'infection virulente.

Avec ce virus absolument mortel, nous avons pu constater l'existence d'une *immunité cholérique.*

Ainsi, nous avons inoculé un pigeon deux fois avec une culture ordinaire (non virulente) du choléra : la première fois dans les muscles pectoraux, la deuxième dans la cavité abdominale. Le pigeon est devenu réfractaire à l'infection réitérée par le virus le plus virulent, le sang des pigeons de passage. — Le fait de l'immunité a été ainsi acquis.

Maintenant, si l'on cultive ce virus de passage dans un bouillon nutritif, et si l'on chauffe ensuite cette culture à 120° pendant vingt minutes, pour tuer sûrement tous les microbes qu'elle contient, on constate alors que le chauffage a laissé subsister une substance très active dans la culture stérilisée. Cette culture, en effet, contient une substance toxique qui détermine des phénomènes caractéristiques chez les animaux d'expérience.

Inoculé en quantité de 4 centimètres cubes à un cobaye, le bouillon stérilisé produit un abaissement progressif de la température et la mort en vingt ou vingt-quatre heures. (A l'autopsie, on trouve une hypérémie prononcée de l'estomac et des intestins, et, comme de raison, une absence complète de microbes cholériques.) Les pigeons succombent aussi avec les mêmes phénomènes morbides. Seulement, ils sont plus résistants vis-à-vis de ce poison, et leur mort n'arrive qu'à la suite d'une dose de 12 centimètres cubes injectés à la fois.

Si, au contraire, on introduit cette même quantité de 12 centimètres cubes, mais en trois, quatre ou cinq jours (en injectant, par exemple, 8 centimètres cubes le premier jour et 4 centimètres cubes le surlendemain), on ne les tue plus.

Sur ces pigeons on constate, en outre, un phénomène de la plus grande importance : ils sont devenus *réfractaires au choléra.*

Le virus le plus virulent, le sang d'un pigeon de passage, inoculé, même en quantité d'un demi-centimètre cube, n'est plus capable de les tuer. La vaccination des cobayes réussit encore plus facilement en leur introduisant le bouillon toxique et vaccinal à la quantité de 2 centimètres cubes; on les vaccine en deux ou trois séances (en tout, 4 ou 6 centimètres).

Ainsi, nous sommes en possession d'une *méthode préventive du choléra.* De plus, cette méthode est fondée, comme on l'a vu, sur l'emploi des vaccins stériles. Et elle possède tous les avantages de la vaccination chimique : la *sûreté* et la *sécurité,* puisque le vaccin chimique peut être mesuré d'une manière tout à fait rigoureuse et introduit par des doses assez petites pour être entièrement inoffensives, tandis que la somme de celles-ci peut donner la quantité voulue nécessaire pour une immunité complète.

Ainsi, dans nos expériences, l'immunité est conférée sans danger et sans exception. Nous espérons, par conséquent, que cette méthode pourrait être appliquée à la vaccination humaine pour préserver les populations du choléra asiatique.

Après la lecture de cette communication, M. Pasteur ajoute:

Dans une lettre particulière que j'ai reçue en même temps que la note qui précède, le docteur Gamaleïa s'exprime ainsi : « Je vous autorise à déclarer que je suis prêt à répéter toutes « mes expériences dans votre laboratoire, à Paris, en pré« sence d'une commission de l'Académie des sciences. Je « m'offre également à trouver sur moi-même la dose inoffen« sive et suffisante pour la vaccination humaine, comme aussi « d'entreprendre un voyage dans les pays ravagés par le « choléra pour prouver l'efficacité de la méthode.

« Si vous jugez nécessaires quelques autres détails, je puis « vous les donner dans une note complémentaire, où je pour« rais vous parler de la durée de l'immunité du mode d'in« jection. »

Il va sans dire que la proposition de M. Gamaleïa, en ce qui concerne le contrôle de son travail par une commission prise dans le sein de l'Académie, a été favorablement accueillie.

Quels que soient dans l'avenir les résultats pratiques qui attendent cette découverte, quel que soit le sort des grandes et légitimes espérances qu'elle permet de concevoir, à ne considérer en elle que la donnée *expérimentale* et le fait acquis, n'est-elle point d'ores et déjà digne d'être admirée sans réserves.

En décembre dernier, M. Roux publiait dans les *Annales* de

M. Duclaux de décisives expériences sur le vaccin chimique de la septicémie. Le travail de M. Gamaleïa est une nouvelle conquête dans l'étude des virus et des vaccins chimiques inaugurée par M. Pasteur. Toutes ces découvertes qui vont grandissant et s'accumulant chaque jour sont bien les meilleurs des hommages rendus à sa doctrine et à ses immortels travaux.

A. D.

NOTES & INFORMATIONS

Missions scientifiques. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin, est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier dans les grands établissements hospitaliers et les principaux centres d'instruction médicale de ce pays l'enseignement et les progrès de la thérapeutique.

— M. le docteur Vulliet, professeur à la Faculté de médecine de Genève, a été nommé par le gouvernement français chevalier de la Légion d'honneur.

— Les représentants de la communauté israélite de Berlin ont déclaré, dans une circulaire adressée à leurs corréligionnaires, que dorénavant la circoncision ne pourra être pratiquée à Berlin que par des médecins.

— Le Ministre de l'Intérieur de l'empire ottoman vient d'ordonner la restitution à l'Ecole de médecine du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette mesure a pour but d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées.

R. F. D.

NOUVELLES

Nomination dans la Légion-d'Honneur. — M. le docteur Yvon a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— MM. Callot, Pfender, Dagron, Mordret, Isch Wall et Arnould sont nommés, pour une période de quatre ans, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Festal et Metaxas dont la délégation est expirée; Delbet, Villemin et Potherat appelés à d'autres fonctions, et Demoulin, démissionnaire.

— M. Viault, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement médical.

— M. le professeur Sabadini a été nommé, après concours, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Mustapha (Algérie).

— M. Dhourdin, chargé d'un cours d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Faculté de médecine de Lille. — MM. les agrégés dont les noms suivent sont chargés, pendant l'année scolaire 1888-1889, près la Faculté de médecine de Lille, des cours ci-après désignés : Lemoine : Matière médicale et thérapeutique; Lambling : Chimie organique; Doumer : Physique; Wertheimer : Physiologie.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Baraban, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, près la Faculté de médecine de Nancy, du cours d'Histologie, et M. Macé, agrégé, du cours de Botanique et Histoire naturelle médicale.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Renard, docteur ès-sciences physiques, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de chimie à l'Ecole de médecine de Rouen.

M. Brunon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole de médecine de Rouen.

— M. Porteret, chef des travaux du laboratoire de M. le professeur Lépine, de Lyon, a été désigné, à la suite d'un concours sur titres, pharmacien des hospices de Saint-Etienne.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Laporte. Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité cutanée dans la chlorose. — M. C. Aubry. De la colique de plomb et de son traitement par les projections rectales d'éther. — M. Morvan. De la règle à suivre dans les abcès du foie ouverts dans les bronches. — M. Cuilli. Des variations pathologiques de l'espace de traube dans la péricardite avec épanchement. — M. Lafforgue. Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale.

M. Diacre. 11 mois de séjour à Lang-Son. — M. Letellier. Contribution à l'étude de la broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique. — M. Crozat. Mers et son eau minérale. — M. Couin. Contribution à l'étude des propriétés analgésiques de l'antipyrine. — M. Geffroy. Revue critique des divers critérium qui ont été proposés pour la détermination de la responsabilité en matière criminelle. — M. Hédon. Etude anatomique sur la circulation veineuse de l'encéphale.

M. Rolland. Sur un cas d'ostéo-arthropathie hyperostésique tardive chez un hérédo-syphilitisme. — M. Pauliet. Considérations générales sur les glandes vasculaires sanguines. — M. Bastide. Les eaux thermo-minérales d'Hammam Lif et d'Hammam Kourbès et de leurs applications aux maladies chroniques. — M. Guilland. Recherches sur la nature de l'érythème noueux.

M. Guérin. Contribution à l'étude de l'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds, d'après les observations recueillies sur le croiseur « *l'Hamelin* ». — M. Carmouze. Contribution à l'étude de la névralgie testiculaire. — M. Escoubès. Quelques recherches expérimentales sur les principaux alcaloïdes de l'opium.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 12 au samedi 18 aout 1888.

Fièvre typhoïde 8. — Variole 2. — Rougeole 24. — Scarlatine 5. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 24 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 125. — Autres tuberculoses 25. — Tumeurs : Cancéreuses 43. — Autres 6. — Méningite 40. — Congestion et hémorr. cérébrales 36. — Paralysie 10. — Ramollissement cérébral 3. — Maladies organiques du cœur 38. — Bronchite aiguë 13. — Bronchite chronique 26. — Broncho-pneumonie 12. — Pneumonie 28. — Gastro-entérite : Sein 38. — Biberon 92. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 18. — Suicides 17. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 155. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine: 869 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'étranger pour 1888, publié par la Gazette des Eaux. Nomenclature complète des stations françaises et des principales stations étrangères, analyses, propriétés, altitudes, installations, moyens de communications. Tableaux comparatifs de la température, des proportions de chlorure de sodium, de sulfure de sodium, de fer, de lithium. Notices et renseignements pratiques, 30e édition. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie Gauthier-Villars.

La pratique du massage. Action physiologique. Emploi thérapeutique, par M. W. Murrell, professeur à Westminster Hospital. Ouvrage traduit par le docteur Jennings, avec une introduction par le docteur Dujardin-Beaumetz. Un volume in-16 de 168 pages, avec figures. — Prix : 2 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Du mécanisme de la délivrance et de l'intervention du praticien dans cette période de l'accouchement, par le docteur G. Tournay. Un volume de 136 pages, avec 3 planches et 13 figures dans le texte.—H. Lamertin, libraire-éditeur, rue du Marché-au-Bois, 33, à Bruxelles.

Contribution à l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né, par le docteur Platon Mavrikos. Un volume in-8o de 63 pages. — Prix : 1 fr. 50.—A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les causes de la mort dans celle-ci, par le docteur H. Vincent. Une brochure grand in-8o de 95 pages avec figures dans le texte et planches en couleurs hors texte. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Chirurgie du pied, par le docteur Albert Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec une préface de M. le professeur Richet, membre de l'Institut. Un volume in-8° de 416 pages, avec 145 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr.—Paris, Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le pansement antiseptique, ses principes, ses nouvelles méthodes. Manuel pratique, par J. de Nussbaum, professeur à l'Université de Munich, deuxième édition. Traduite sur la cinquième édition allemande par le docteur E. de la Harpe, de Lausanne. Un volume in-16 de 360 pages. — Prix : 5 francs.—Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil, par le docteur Panel. Une brochure in-8o de 35 pages avec une planche. Prix : 2 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

La pratique thermale à Amélie-les-Bains, par M. le docteur Louis Delmas, médecin major de 1re classe, avec introduction de M. le docteur Durand-Fardel, membre de l'Académie de médecine. Seconde édition revue et augmentée. — 1 vol. de 112 pages avec 8 planches hors texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. Une brochure in-8o de 124 pages. — Prix : 3 fr. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants.— Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix : 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. — N° 35 — 1er SEPTEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE CRITIQUE

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA SCLÉROSE VÉSICO-PROSTATIQUE, par M. le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

C'est une opinion diamétralement opposée que Civiale s'attache à soutenir. Pour lui, la vessie joue le rôle principal ; il accorde à l'atonie vésicale le premier rang dans la genèse de la stagnation d'urine. Se basant sur les faits cliniques, il nie que dans la grande majorité des cas la rétention soit due à un obstacle prostatique. Une semblable théorie paraît être un retour aux idées anciennes, évidemment inexactes, d'après lesquelles la vessie serait paralysée. Certes, Civiale a prêté le flanc à cette objection, en voulant faire de cette atonie vésicale une entité morbide qui se rencontrerait dans les circonstances les plus diverses. De plus, atonie et paralysie de la vessie sont pour lui synonymes ; il en fait une maladie idiopathique qui atteint beaucoup de personnes de tout âge et de toute condition, dont les débuts peuvent remonter très loin, puisqu'il engage à ne jamais oublier de demander si les sujets n'avaient pas dans leur enfance de l'incontinence nocturne. Elle s'observe au cours de maladies diverses, telles que les rétrécissements de l'urèthre ou l'hypertrophie de la prostate, qu'il regarde comme des complications ou même des coïncidences.

Ici le cadre est trop compréhensif, et Civiale a réuni dans une même description des affections qui n'ont guère de rapport entre elles. Mais, laissant de côté la théorie, pour n'envisager que les faits observés, on ne peut s'empêcher de reconnaître que ceux-ci font l'objet d'une description remarquable.

Civiale distingue les rétentions dues à l'amincissement des parois vésicales et celles qui relèvent de leur hypertrophie. Les premières s'observent surtout dans les cas où il y a défaut primordial ou accidentel d'influx nerveux. Dans la seconde catégorie « les parois sont épaisses, dures, à colonnes saillantes, et cependant leur contractilité est enrayée ou détruite au point que la vessie prend de plus en plus la faculté d'expulser l'urine. Il s'opère alors une sorte d'atrophie musculaire constatée à l'autopsie ». Cette apparente contradiction entre l'augmentation d'épaisseur et l'impotence fonctionnelle s'explique parce que « la rétention a existé d'abord pendant longtemps, la vessie a lutté contre l'obstacle au cours de l'urine, puis elle a fini par se fatiguer et l'organe arrive à un degré de demi-paralysie, etc. C'est sous l'influence d'un travail inflammatoire de ses parois, notamment de sa couche musculaire, que la vessie perd sa faculté contractile ».

Cette description peut s'appliquer, nous le verrons bientôt, à une classe de malades qui présentent les mêmes symptômes que les prostatiques sans augmentation de la prostate. Sur ce point, sans parler de la nature de la lésion que Civiale ne connaissait pas, on voit combien il était près de la vérité. Ce qui lui échappe, aussi bien qu'à Mercier d'ailleurs, c'est le lien qui existe entre la lésion vésicale et la lésion prostatique qu'il considère comme une complication de la première. Pour lui, les deux affections évoluent isolément, bien qu'elles retentissent l'une sur l'autre ; elles sont de nature différente, et il passe soigneusement en revue les moyens de diagnostiquer la tuméfaction prostatique et l'inertie vésicale.

La simplicité, apparente tout au moins, de la théorie de Mercier, fit que la plupart des auteurs ont incliné à l'accepter. Philips, Nélaton, s'y rattachent, de même que Caudmont, qui attribue toutefois à la lèvre antérieure du col le rôle principal dans la rétention. Le plus puissant appui lui vint de Thompson, qui la soutint de sa grande autorité. Pour lui, toutes les fois qu'il y a rétention ou incontinence par regorgement, la cause en est palpable et physique et non pas impalpable et d'ordre fonctionnel : il y a un obstacle organique à un endroit quelconque de l'urèthre. Il repousse donc toute idée d'impotence fonctionnelle primitive de la vessie qui n'existe que lorsqu'il y a une lésion des centres nerveux ou lorsque la vessie, trop longtemps distendue, ne peut plus entrer en contraction.

En présence d'un obstacle, l'état anatomique des parois parcourt les phases suivantes : hypertrophie des parois, dilatation en rapport avec la quantité d'urine retenue ; atonie plus ou moins complète ; modifications organiques avec tendance à la destruction de la muqueuse. On voit que si les altérations vésicales sont bien étudiées, il est impossible d'établir plus nettement qu'elles succèdent à une lésion primitive, théorie mécanique d'après laquelle les lésions vésicales sont secondaires. Quant à la nature de la tuméfaction prostatique, Thompson reprend et développe les idées de Velpeau et admet qu'elle est due an développement de tumeurs qui ont la plus grande analogie avec les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Avec Thompson, la plupart des auteurs modernes acceptent la théorie mécanique. Gouley, Keyes et Van Buren ne la discutent même pas. Pauli et Billroth y voient une hypertrophie

suivie d'une dégénérescence musculaire, après une lutte plus ou moins prolongée. Sir James Paget est du même avis. Dodenil, Ordonez, Picard, en font aussi une hypertrophie compensatrice avec adjonction d'un élément inflammatoire. Reliquet, qui a bien observé ces vessies sclérosées, considère cette lésion comme un phénomène tardif et secondaire : « En même temps, dit-il, que ces faisceaux saillants de la tunique musculaire (colonnes vésicales) se développent, il se produit un état sclérotique plus ou moins complet des parois vésicales ». Enfin Le Dentu, pour qui la tuméfaction prostatique est une réunion de tumeurs bénignes, considère l'hypertrophie vésicale comme compensatrice et providentielle tout d'abord : la sclérose ne se produit, suivant lui, qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

L'inflammation vésicale joue un rôle dont l'importance a été diversement interprétée par les auteurs. D'après Zambianchi, la vessie secondairement enflammée se laisse distendre. Coulson cherche à démontrer qu'une vessie enflammée, plus irritable, est le siège de contractions violentes dirigées de telle sorte qu'elles en distendent le bas-fond. Jean a suivi histologiquement le développement de la lésion vésicale et conclut à une sclérose des parois quelquefois très précoce, et dans certaines observations, avec un développement peu prononcé de la prostate ; il en conclut à la nature inflammatoire de cette dégénérescence. Nous verrons que ce processus, quoique fréquent, n'est pas le plus ordinaire.

R. Harrison a avancé une théorie ingénieuse : Pour lui, l'hypertrophie des parois vésicales est primitive, l'hypertrophie prostatique secondaire. Chez le vieillard, la vessie, par suite de l'affaiblissement de ses moyens de fixité, tend à quitter l'abdomen pour devenir un organe exclusivement pelvien; elle descend donc dans le bassin. La prostate, mieux fixée, ne peut pas la suivre; il en résulte en arrière de la glande une excavation où s'accumule l'urine. Tous les muscles adjacents à la vessie participent aux contractions provoquées par cette stagnation, et comme la prostate est, suivant Harrison, un organe essentiellement musculaire, elle s'hypertrophie secondairement, d'où exagération de la barrière qui s'oppose à l'évacuation de l'urine. Ces idées auraient besoin d'être appuyées sur des faits cliniques et anatomiques nombreux et bien observés.

La lésion vésicale primitive ou contemporaine de la lésion prostatique n'a été entrevue jusqu'à présent que par un petit nombre d'auteurs. Déjà, en 1879, Jean avait donné une excellente description de ces lésions vésicales ; mais, préoccupé de saisir la trace d'une inflammation chronique, il avait attribué à cet élément phlegmasique une importance qu'on trouve exagérée en lisant l'exposé minutieux qu'il donne des altérations histologiques, de plus, il est facile de voir que sa description est sensiblement la même, suivant que la prostate est très hypertrophiée ou de moyen volume. Aussi, laissant de côté l'interprétation, voyons-nous dans les faits rapportés par lui un argument qui plaide en faveur de la dégénérescence scléreuse de la vessie. Socin a reconnu, dans divers travaux, la simultanéité des lésions de l'appareil urinaire. Mac Leod admet la lésion vésicale primitive; Kœnig en constatait dernièrement la possibilité. Enfin Nobiling, dans un travail d'ensemble, établissait les rapports qui existent entre l'artério-sclérose généralisée et la lésion prostato-vésicale.

Quoi qu'il en soit, on voit que, jusqu'à ces dernières années, l'hypertrophie prostatique a été considérée le plus souvent comme une affection isolée. Sans doute, les lésions vésicales et rénales ne sont pas passées inaperçues, mais elles ont été considérées comme des complications. La conception d'une maladie générale atteignant dans son ensemble tout l'appareil urinaire, d'une sclérose frappant simultanément ses diverses parties, est toute nouvelle, et l'honneur en revient au professeur Guyon. Son élève, Launois, a développé ces idées et clairement exposé les faits dans sa thèse inaugurale.

L'étude de l'anatomie pathologique nous a permis de retrouver dans tous les organes de l'appareil urinaire cette lésion de sclérose. A côté de ce fait, il est une notion non moins importante pour l'intelligence de l'évolution de la maladie ; c'est l'inégale répartition de cette sclérose. Ainsi, chez le vieillard, on la rencontre partout, depuis le rein jusqu'à la prostate ; mais il peut se faire qu'elle ait surtout porté sur les éléments du rein, ou qu'au contraire elle ait principalement déterminé autour des glandules prostatiques un travail de prolifération fibreuse, aboutissant à l'hypertrophie. Il peut se faire aussi que la vessie soit primitivement atteinte. En effet, l'existence d'un obstacle à l'orifice prostatique ne suffit pas pour expliquer les lésions que nous avons décrites ; elles sont, on l'a vu, différentes de celles qu'on observe sur une vessie saine qui s'est hypertrophiée en luttant contre un obstacle accidentel, un rétrécissement de l'urèthre, par exemple. Dans ce dernier cas, les altérations, étudiées à l'œil nu et au microscope, en font foi ; il s'agit là d'une hypertrophie véritable à laquelle s'est ajouté un élément inflammatoire. Chez les prostatiques, au contraire, l'hypertrophie de la fibre musculaire, toujours peu considérable, est étouffée au milieu d'une hyperplasie des tissus fibreux, processus dont ne rend pas compte un obstacle au cours de l'urine.

Si, d'un autre côté, on se reporte en arrière et si on embrasse d'un coup d'œil à la fois les lésions de la prostate et celles de la vessie, on est saisi de l'analogie qui existe entre elles. En réalité, elles sont presque identiques : prolifération du tissu conjonctif, refoulement et isolement en faisceaux du tissu musculaire, endo-périartérite généralisée, développement excessif du réseau veineux, toutes ces lésions se retrouvent dans l'un et l'autre organe. Elles ne sont pas subordonnées l'une à l'autre : les lésions vésicales sont contemporaines de celles de la prostate. Chez le vieillard, de même que l'on voit la prostate prendre un aspect lobulé à la coupe avec ou sans augmentation de volume, de même dans la vessie les tractus cellulenx dissocient les fibres musculaires, et une adhérence plus intime s'établit entre la couche musculaire et la muqueuse. Aussi ne faut-il pas s'étonner si des malades, assurément moins rares qu'on ne l'a dit, présentent les troubles des prostatiques sans aucune augmentation de la prostate, ni de modification du col vésical. Chez eux, on retrouve lenteur et retard de la miction, diminution de la force de projection du jet, envies fréquentes pendant la nuit, impressionnabilité à toutes les causes congestives, et plus tard rétention et incontinence. Seules, les lésions vésicales suffisent à donner l'explication du fait : la vessie est impuissante; ses contractions trop faibles d'abord, permettent à l'urine de s'accumuler dans le bas-fond; cette rétention augmente à son tour la dissociation des faisceaux musculaires. Quelques-uns d'entre eux peuvent encore lutter, ce qui explique comment ces vessies, généralement amincies, présentent quelquefois des colonnes en miniature ; les dispositions de ces hypertrophies musculaires partielles montrent (Jean) qu'elles

tendent à relever le bas-fond, mécanisme également nécessaire dans les deux cas, quand cette partie de la vessie s'est dilatée spontanément ou quand une barrière s'est élevée en arrière du col.

Sans vouloir pousser trop loin les analogies, on peut comparer ce qui se passe ici à certains troubles de miction offerts par les femmes âgées. Nous nous sommes livrés à cette étude que nous avons pu poursuivre, grâce surtout à l'obligeance de M. Berbez, qui nous a mis à même d'observer les pensionnaires de la Salpêtrière. Sur 100 sujets de plus de 65 ans, 28 présentaient à des degrés divers des symptômes qui rappellent ceux des prostatiques à la première période : fréquence nocturne, lenteur et retard de miction, et souvent satisfaction incomplète du besoin d'uriner. Enfin, sur trois d'entre elles dont les symptômes étaient les plus marqués, il existait un certain degré de rétention incomplète sans lésion médullaire, ni cystocèle due à un abaissement utérin, ni cystite chronique. Si les femmes paraissent ne pas dépasser cette période, c'est que les voies d'émission de l'urine présentent une grande aimplicité qui ne permet pas à la distension de s'établir.

Nous ne voulons pas, bien entendu, méconnaître, ni amoindrir le rôle que les saillies prostatiques jouent dans la production des accidents. Si, à une vessie faible et d'une puissance médiocre, vient s'opposer un obstacle tel qu'un lobe prostatique hypertrophié, les accidents se précipiteront ; rapidement, il y aura une dilatation forcée du réservoir vésical. La vessie obéit ici à une loi générale qui régit tous les muscles ; elle peut être comparée au muscle cardiaque dont la dégénérescence granulo-graisseuse produit des accidents d'asystolie, même en l'absence de lésions valvulaires. Mais si une de ces lésions coïncide ou préexiste, si la fibre cardiaque déjà affaiblie doit lutter contre un obstacle représenté ici par le reflux d'une colonne sanguine, on sait avec quelle rapidité se dilatent les cavités cardiaques.

Au contraire, lorsque la vessie a conservé à peu près intacte la plus grande partie de ses fibres musculaires, elle peut lutter longtemps avec succès contre un obstacle prostatique jusqu'au moment où la sclérose les aura envahies ou détruites ; cet envahissement de tout l'appareil urinaire est le dernier terme de ce processus et doit fatalement arriver chez tous les sujets, mais d'autant plus tardivement que le système musculaire de la vessie aura acquis un développement plus considérable. Aussi l'hypertrophie vraie de la fibre musculaire de la vessie doit-elle être considérée comme providentielle, et en réalité les sujets chez lesquels la vessie se dilate de bonne heure ne tardent pas en général à succomber.

Ainsi s'explique cette apparente contradiction entre un malade qui, porteur d'une grosse prostate, urine normalement, et un autre chez qui le toucher rectal et le cathétérisme ne révèlent aucun obstacle péricervical et qui est pourtant parvenu aux périodes ultimes du prostatisme.

DERMATOLOGIE

Éruption eczémateuse consécutive a une application de teinture d'arnica, par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Le 30 juillet, M. X..., âgé de 45 ans, heurte violemment sa jambe droite contre un boulon en fer. La douleur est vive, et il n'y a aucune lésion apparente. M. X... continue son travail ; mais, le soir, il aperçoit une légère excoriation de la peau, excoriation entourée d'une rougeur assez intense qui s'accompagne de cuisson. Cette rougeur et cette cuisson, il les attribue au frottement du pantalon. En se couchant, il se fait sur le siège de la contusion, au niveau de la crête du tibia, vers l'union du tiers moyen au tiers inférieur de la jambe, une sérieuse application de teinture d'arnica.

Le lendemain matin, voyant que la rougeur a pris de l'extension, M. X... renouvelle son application et avec plus d'énergie. A midi, il constate une phlyctène du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, et autour une éruption consistant en petites élevures d'un rouge sombre reposant sur un fond rouge un peu moins foncé. Application d'une feuille de papier à cigarette sur la phlyctène et sur l'éruption environnante, nouvelle lotion de teinture d'arnica. En se couchant, l'éruption n'est pas modifiée ; dernière lotion de teinture d'arnica. Quelques instants après, sa jambe gauche étant croisée sur sa jambe malade encore humide, M. X... commence à ressentir de la cuisson à la jambe saine, et cette cuisson devient assez vive dans les deux jambes pour gêner son sommeil.

Au réveil, la jambe gauche présentait une éruption semblable à celle de la jambe droite, un peu moins intense cependant. M. X... commence alors de soupçonner la teinture d'arnica d'être la cause principale, sinon unique, de l'éruption. Il y a aussi quelques vésicules à la face, et M. X... en explique la production par ce fait qu'il a dû passer sa main sur sa figure après ses lotions.

Le 1er août, l'éruption s'est étendue à toute la face.

Le 2 août, M. X... prend 60 grammes de sulfate de magnésie.

Le 3 août, ne constatant aucune amélioration, il me fait appeler.

M. X... est fort, d'une bonne santé habituelle, mène une vie très active, debout presque toute la journée. Il ne fait pas d'excès, fume sans exagération, ne veille pas, n'a pas eu de chagrin sérieux depuis longtemps. Il n'a jamais eu d'eczéma vrai. L'été dernier, il eut seulement des boutons croûteux au cuir chevelu, avec de nombreuses pellicules qui se renouvelèrent et résistèrent plusieurs mois. M. X... avait eu une éruption analogue dans le cuir chevelu vers l'âge de 25 ans, se trouvant à Toulon.

Les jambes, dans un tiers de leur hauteur, surtout en avant, sur la face interne aussi bien que sur la face externe, sont le siège d'une éruption tellement vive, tellement intense qu'elle fait penser à de l'eczéma *rubrum*. Il n'y a pas encore de suintement. La jambe droite présente une phlyctène affaissée au milieu de l'éruption. La face est bouffie, plus pâle que ne le sont les jambes, et présente une éruption vésiculeuse assez confluente.

Les mains, bien qu'ayant touché la teinture d'arnica, ne participent pas à l'éruption.

J'interroge au point de vue de l'alimentation, et on n'accuse aucun écart de régime. Ni marée, ni gibier, ni fraises, ni framboises, ni crucifères, ni viande de porc ne peuvent être incriminés. Le pouls bat 80 à 84 fois par minute ; il est régulier. La langue est un peu saburrale. Les sclérotiques ont une teinte subictérique.

Le patient éprouve dans ses jambes une sensation de cuisson plutôt que de démangeaison. Il n'y a pas trace de varices.

Je prescris une médecine noire à prendre le lendemain, et

pour les jours suivants 3 ou 4 tasses par jour d'une tisane ainsi formulée :

R. Pensées sauvages........... 8 grammes.
Follicules de séné........... 4 —

pour un litre d'infusion.

Sur les jambes, je conseille de faire quatre fois par jour l'application d'une couche d'huile d'amandes douces et de saupoudrer ensuite avec le mélange suivant :

R. Oxyde de zinc........... 25 grammes.
Camphre pulvérisé........... 5 —
Poudre de locopode...
Talc de Venise........ āā 60 grammes.
Poudre d'amidon....

On devra saupoudrer la figure avec cette même poudre.

Le lendemain, la cuisson avait déjà bien diminué. Je prescris 3 milligr. par jour d'acide arsénieux.

Huit jours après, M. X... reprenait ses occupations habituelles ; il ne restait que de légères démangeaisons et de petites squames sur la peau. Quinze jours plus tard, en septembre, toute trace d'eczéma avait disparu.

Je me contenterai aujourd'hui d'attirer l'attention sur l'importance qu'il y a à distinguer l'action des causes simplement occasionnelles de l'action des causes réellement prédisposantes.

Pour moi, en effet, je ne crois pas que la teinture d'arnica soit capable de provoquer des éruptions d'eczéma. Mais en contact avec les téguments d'un homme prédisposé d'une façon quelconque (chaleurs de l'été, sueurs abondantes, embarras gastrique), la teinture d'arnica n'a-t-elle pas pu jouer le rôle de l'étincelle qui, tombant sur un corps très inflammable, allume un incendie ?

Je transcris ces réflexions avec la conviction que le lecteur y verra comme moi une sorte d'avis à ne pas admettre avec trop de facilité les éruptions d'origine médicamenteuse, toxique ou professionnelle, mais à tenir compte du terrain et des circonstances concomitantes. Probablement aussi, on trouvera encore avec moi dans la relation de ce simple fait une recommandation tacite de ne pas oublier, lorsqu'on est sur le point de prescrire un topique tant soit peu irritant, de ne pas oublier, dis-je, d'examiner l'état général de l'organisme du sujet et d'en tenir compte dans l'institution du traitement.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Deux cas de scarlatine chirurgicale, par les docteurs Chavier et Février, médecins-major de l'armée.

L'étude des relations de la scarlatine avec les traumatismes a donné lieu à de nombreuses discussions contradictoires, et, aujourd'hui encore, l'accord est loin d'être fait ; c'est ce qui nous décide à publier de nouvelles observations, qui nous paraissent devoir jeter quelque jour sur cette question.

Depuis la première communication de Germain Sée, en 1858, à la Société des hôpitaux, sur certaine érythème généralisée survenue à la suite de la trachéotomie, nécessitée par le croup, érythème qu'il distingue de la scarlatine par sa courte durée, une desquamation presque inappréciable, l'absence d'anasarque et surtout une médiocre élévation de température, les travaux se sont multipliés.

Les Anglais, tout d'abord, et c'était naturel, apportèrent de nombreux faits à l'appui de cette première communication.

C'est ainsi que Maunder, en 1864, fit connaître à la Société pathologique de Londres, qu'à la suite d'opérations de la taille sur les enfants, il vit apparaître une éruption, diagnostiquée scarlatine par Murchinson.

D'autres cliniciens, Broadbent, Crisp, entre autres, dans la discussion qui suivit, signalèrent d'autres faits de leur pratique.

Viennent ensuite les cas de Verneuil, en 1868, et de son élève Tremblay, en 1870, dans la *Gazette hebdomadaire*, dont nous ne parlerons pas, parce qu'ils ont trait, à coup sûr, à des éruptions consécutives aux accidents scepticémiques.

En 1875, Paget, dans ses *Essais et lectures cliniques*, consacre un chapitre sur l'apparition de la fièvre scarlatine chez les enfants. Howord Mersch en rapporte huit cas, Smith sept. Sur quarante-trois enfants auxquels il pratiqua la taille, l'éruption se montrait toujours du premier au troisième jour après l'opération.

En 1878, le professeur Trélat, à propos de deux cas observés en ville, fait une leçon clinique sur le sujet.

Sa première observation est celle d'un enfant qui présentait un abcès de la cuisse consécutif à une rougeole et chez lequel la scarlatine apparut le lendemain du jour où il fit le débridement d'un vaste décollement ; la seconde, celle d'un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'abcès multiples et de tubercule de l'épididyme, chez lequel la maladie apparut dans la nuit même du jour où il lui ouvrit deux petits abcès. Et Trélat, après avoir cité les faits de Germain Sée, de Murchinson, de Broabdent, faits dont quelques-uns peuvent-être interprétés différemment, aujourd'hui surtout que les éruptions scepticémiques sont moins connues, conclut qu'il n'est pas possible de ne pas admettre un rapport entre le traumatisme et l'explosion de cette fièvre éruptive, rapport, ajoute-t-il, qu'il ne peut expliquer.

Des travaux plus récents sont venus confirmer cette manière de voir. Celui de Paley et Godhart dans la même année ; les articles de Riedenger et Treub en 1880 ; la discussion du congrès international de Londres en 1881 ; le travail de Cormeron en 1881 ; la thèse de La Ratul en 1882 ; un bon article de Terrier dans sa *Pathologie chirurgicale générale*, le mémoire du docteur Hoffa, analysé dans la Revue des sciences médicales en 1888. Tel est, à notre connaissance, le bilan de la question.

De l'ensemble de tous ces travaux, il résulte que si beaucoup de soi-disant scarlatines opératoires ne sont que de simples éruptions scepticémiques ou des éruptions médicamenteuses, ou des troubles vaso-moteurs, il n'en reste pas moins acquis à la science que la scarlatine vraie peut survenir chez les blessés et que même le traumatisme, surtout le traumatisme opératoire, semble favoriser le développement de cette maladie ; sur ce point, nos deux observations viennent, ce nous semble, à l'appui de cette proposition.

Observation I. — J..., brigadier au 3e chasseurs, âgé de 23 ans, reçoit dans un duel, le 5 février 1888, un coup de sabre à la partie supérieure et externe de l'avant-bras droit, qui lui fait une plaie profonde et dont les bords sont légèrement contusionnés. Admis à l'infirmerie, la plaie est lavée avec une solution phéniquée au 40e, les bords en sont maintenus rapprochés. Pansement à la gaze phé-

piquée. En raison de la contusion des bords de la plaie, la réunion ne se fait pas et la cicatrisation est lente à se produire.

Pour des raisons d'ordre administratif, le malade a été envoyé à l'hôpital le 17 février, où nous continuons à lui donner nos soins. Il ne reste plus qu'un tiers de la plaie à cicatriser. Depuis un mois environ, l'hôpital reçoit des malades atteints de scarlatine provenant du détachement d'infanterie caserné au Nord de la ville.

Ces malades sont isolés dans une chambre située au premier étage et séparée de la salle des blessés où nous plaçons le nôtre par un corridor étroit et la cage de l'escalier. L'isolement est malheureusement insuffisant, et le personnel restreint dont nous disposons permet des contacts trop fréquents.

Le 20, le malade se plaint de la gorge et de sa plaie qui pourtant depuis plusieurs jours était tout à fait indolente; elle offre un aspect blafard, les bords en sont écartés et gonflés, et un cercle rouge l'entoure. La gorge, examinée, présente une rougeur des piliers et des amygdales; ces dernières sont gonflées et recouvertes d'un enduit pultacé, la langue blanche-jaunâtre sur la partie centrale et d'un rouge vif sur les bords et à la pointe. On ne trouve aucune rougeur sur le corps. T. M. 39o, T. S. 39o,5.

Le 21, même aspect de la gorge. Les ganglions maxillaires son un peu douloureux et gonflés; la partie antérieure du cou et supérieure de la poitrine, le tronc, l'abdomen, présentent un exanthème d'un rose vif parsemé de petits points plus foncés à la partie inférieure du ventre et à la face interne des cuisses, analogue à celui qui s'était développé et étendu autour de la plaie. T.M. 39o,3, T. S. 39o,2,

Le 22, même état. T. M. 38o,2. T. S. 39o.

Le 23, l'éruption pâlit; la plaie présente un meilleur aspect, le gonflement diminue. T. M. 37o,2, T. S. 38o,6.

Le 24, l'éruption est presque complètement disparue; la rougeur et le gonflement de la gorge diminuent. La plaie est rosée. T.M.: 37o,2. T. S. 38o,5.

Le 25, la desquamation commence. T. M. 37o,5, T. S. 37o,5.

Le 26 et les jours suivants, la desquamation par larges écailles continue; la température est normale. Aucune complication de la plaie. Lenteur de la cicatrisation.

OBS. II. — Le 4 mars 1888, dans l'après-midi, L..., chasseur au 3e régiment, reçoit un coup de pied de cheval à la partie moyenne de la jambe droite qui détermine une plaie contuse. Lavage de la plaie à la solution phéniquée au 40e; pansement au sublimé. Le blessé est placé à l'infirmerie dans une chambre qui avait reçu pendant la seule journée du 19 février un soldat de ce même régiment atteint de scarlatine; cette chambre n'avait pas été désinfectée par suite d'encombrement. Ce cas de scarlatine était d'ailleurs isolé.

Le 5, à la visite du matin, le blessé se plaint d'avoir eu de l'insomnie, des nausées, d'avoir un peu souffert de sa plaie; les bords sont tuméfiés, écartés et entourés d'un cercle rouge. T. 38o.

Le lendemain, 6, le malade se plaint de sa gorge et de sa plaie. Les amygdales et le voile du palais sont rouges, gonflés, recouverts d'un enduit pultacé, la langue jaune au centre et rouge sur les bords et à la pointe: les bords de la plaie sont gonflés, écartés et entourés d'un cercle rouge. Celle-ci présente un aspect blafard; sa surface est desséchée. Température 39o. Il est dirigé sur l'hôpital, où nous continuons nos soins.

Le lendemain 7, à la visite du matin, une éruption d'un rouge vif parsemée de petits points plus foncés à la partie inférieure du ventre et interne des cuisses occupent tout le corps, se confondant avec la rougeur partie de la plaie. T. M. 39o,5, T. S. 40o.

Le 8, même état. T. M. 38o,6, T. S. 39o,3.

Le 9, la rougeur diminue. T. M. 38o,6, T. S. 38o,4.

Le 10, l'éruption pâlit encore, le pointillé disparaît. T. M. 38o,3, T. S 38o,3.

Le 11, l'éruption est presque effacée, le gonflement de la plaie a disparu. La surface de la plaie devient rosée et humide. T. M. 38o,3, T. S. 38o,2.

Le 12, l'éruption a complètement disparu. T. M. 37o,7. T. S. 37o,1.

Le 13, T. M. 37o,4, T. S. 38o. On ne peut s'expliquer cette légère élévation de la température.

Le 14, la desquamation commence sur le cou, le ventre, les cuisses. T. M. 37o,2, T. M. 37o.

Le 15, la desquamation augmente et se fait par larges écailles. Température normale.

Les jours suivants, la desquamation continue sans incidents; mais, le 24, la paupière droite et le cou sont gonflés et l'analyse des urines décèle de l'albumine; le malade s'était découvert et refroidi. Diète lactée.

Le 25, l'œdème envahit la paupière gauche, le gonflement du cou augmente, les cuisses sont infiltrées. Même régime.

Le 26, même état.

Le 27, idem.

Le 28, l'œdème des paupières disparaît; le cou diminue de volume. L'albumine est moins abondante.

Le 29, même état.

Le 30, le cou a repris son volume normal; les cuisses ne sont plus infiltrées. Presque plus d'albumine.

Le 1er avril, l'albumine a disparu. Lenteur de la cicatrisation de la plaie.

Les deux descriptions précédentes montrent suffisamment que nous avons eu affaire à des scarlatines vraies, typiques, ne différant de celles que nous mettait chaque jour sous les yeux la petite épidémie qui régnait alors sur les hommes d'infanterie que par la brièveté de l'inoculation.

Dans nos deux observations, durée de la maladie, élévation de la température, angine, desquamation et même, chez l'un d'eux, albuminurie et anasarque, tout indique incontestablement une scarlatine véritable.

Reste maintenant à expliquer le rapport qui existe entre le traumatisme et l'apparition de ces scarlatines, qui est le point en litige de la question. Sir James Paget fait les deux hypothèses suivantes :

Ou bien les opérés atteints de scarlatine dans les quelques jours qui suivent l'opération avaient antérieurement absorbé le virus, qui n'aurait peut être pas manifesté son effet si le sujet n'avait pas été troublé par le traumatisme opératoire;

Ou bien la plaie qui résulte de l'opération exposerait tout particulièrement à la réception du poison morbide qui, en raison du mode spécial d'introduction dans l'économie diminuerait la période d'incubation.

Avant d'entrer dans la discussion, il convient d'abord de faire remarquer que la scarlatine post-opératoire n'apparaît qu'en temps d'épidémie; c'était l'avis de Trélat en 1878, qui mettait en doute le cas développé en dehors de toute contagion; c'est aussi celui de Terrier et de la majorité des observateurs. Et, d'ailleurs, ce que nous savons aujourd'hui de la spécificité des germes fournit un argument irréfutable à cette manière de voir; du moment qu'il y a scarlatine vraie, il y a eu absorption d'un germe spécifique, quelle que soit la porte d'entrée de ce germe.

Et maintenant faut-il admettre la première hypothèse de Paget pour expliquer nos deux scarlatines? Nous ne le croyons pas. En effet, dans notre première observation, quand notre blessé a reçu un coup de sabre, le 5 février, il n'existait pas de scarlatine au régiment; de plus, il est resté douze jours isolé dans une chambre de l'infirmerie, ne communiquant qu'avec des personnes saines, et ce n'est que le second jour de son entrée

à l'hôpital, où il existait des scarlatineux provenant de détachements d'infanterie, couchés dans une chambre séparée de la sienne par un petit couloir et un escalier étroit, que la maladie s'est développée.

On ne peut pas dire non plus ici que le traumatisme a fait évoluer une scarlatine qui, sans cette cause, serait peut-être restée latente, puisque le sujet était blessé depuis vingt jours, quand la maladie s'est déclarée ; enfin, ce jeune homme, très intelligent et instruit, avait eu déjà cette fièvre éruptive quelques années auparavant, et il s'étonnait lui-même de cette récidive, à laquelle il ne croyait pas.

Quant à la seconde observation, sans doute notre blessé vivait de la vie commune ; il y avait même eu une scarlatine dans un escadron éloigné du sien, le 19 février, c'est-à-dire douze jours auparavant, scarlatine qui était restée un jour à l'infirmerie avant son entrée l'hôpital ; mais admettre que ce soldat serait arrivé à la fin de la période d'incubation de cette maladie, juste le jour de son accident, serait supposer une étrange coïncidence.

Admettre encore que ce coup de pied de cheval a beaucoup troublé l'organisme de ce gros garçon, fort peu impressionnable et habitué à voir ce genre de blessure atteindre fréquemment ses camarades, est encore chose peu probable.

N'est-il pas bien plus vraisemblable que ce jeune homme entrant avec une solution de continuité dans un milieu qui avait contenu une scarlatine, dont le contage est si tenace, et qui par suite d'encombrement n'avait pu être désinfectée, a absorbé par cette voie le virus spécifique.

Ne résulte-t-il pas d'une communication de Masch au Congrès des sciences médicales de Londres, en 1881, que la scarlatine chirurgicale fréquente à Children's hospital, tant que les opérés étaient rares sous le même toit que les scarlatineux, est devenue plus rare depuis que ceux-ci sont isolés dans un bâtiment spécial et que les cas de scarlatine dite chirurgicale ont été plus fréquentes pendant les épidémies qu'à tout autre moment. Et enfin à l'époque où Paget, Trélat, etc., faisaient leurs premières constatations, on croyait encore que la scarlatine se transmettait surtout, pour ne pas dire exclusivement, par les voies respiratoires ; mais, depuis quelques années, l'étiologie de cette maladie paraît s'être étendue.

En 1886, pour la première fois, Power, dans un rapport présenté au local Government Board a attiré l'attention sur un groupe d'épidémies de scarlatine qui paraissait devoir être attribué à l'usage du lait de certaines vaches atteintes d'une affection non décrite jusque-là et dont les symptômes principaux étaient des vésicules et des ulcères de la tétine.

Depuis lors, de nombreuses épidémies attribuables à la même cause ont été relatées en Angleterre, qui ne paraissent laisser aucun doute sur l'infection de la maladie par les voies digestives. De plus, Hallier a cultivé, dans des liquides artificiels, des bactéries provenant du sang des scarlatineux, et il les a vu se transformer, dans un liquide très azoté, en un micrococcus qu'il a appelé *tillecia scarlatinosa*. Klein a décrit le *streptococcus scarlatinæ* et Edington, à la Société médicale d'Edimbourg, en 1887, le *bacillus rubiginosus*, analogue au *streptococcus scarlatinæ* de Klein.

Sans doute ces expériences sont encore bien discutées, mais tout porte à croire que le jour n'est pas loin où le germe de cette maladie sera définitivement reconnu et cultivé comme celui de toutes les maladies infectieuses, et partant inoculé. Dans son mémoire, le docteur Hoffa décrit un cas caractéristique qui est une véritable expérience de laboratoire :

Un médecin se pique le doigt en faisant l'autopsie d'un malade mort de scarlatine ; neuf jours après, l'angine commence ; le lendemain, la température s'élève et l'éruption débute par le doigt blessé. L'auteur, qui admet que les scarlatines chirurgicales, bien que peu nombreuses, sont réelles, pense que l'existence d'une blessure met le malade dans un état de receptivité particulier vis-à-vis du poison scarlatineux, parce que les microorganismes peuvent pénétrer en plus grande quantité par la plaie ; c'est aussi notre opinion, et nous croyons que nos deux observations en sont une nouvelle preuve.

Est-ce que l'apparition de l'exanthème sur les bords de la solution de continuité de nos deux blessés ne prouve pas la réalité de l'absorption du germe de la scarlatine par une plaie accidentelle, absorption qui a tant de similitude avec celle de l'érysipèle ?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions a l'étude de la curabilité de la maladie cancéreuse, par le docteur Meyer (*Deutsche Zeitschrift für klin. Chirurgie*, t. XXVIII, fasc. 1 et 2, p. 169, 1888).

La question de la curabilité de la maladie cancéreuse a fait l'objet de nombreuses controverses. Dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens et de médecins, les récidives sont inévitables, à la suite de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse. Le professeur Rose (de Zurich), désireux de contribuer à l'élucidation de cette question, avait fait publier il y a sept ans (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XIV, fasc. 3 et 4, p. 169 et fasc. 5 et 6, p. 468, 1881), par son assistant M. S. Fischer, les résultats d'une enquête portant sur le sort de 298 cas de tumeurs malignes opérées par lui dans le cours des dix premières années (1867-1878) de son passage à l'hôpital de Zurich. Le mémoire de M. Meyer est un complément à cette première enquête ; il renferme les renseignements recueillis à dix ans de distance, sur le sort des cancéreux opérés par M. Rose *à l'hôpital*.

Le nombre de ces opérés s'élevait à 256, dont 98 survivaient à l'époque de la publication du travail de M. Fischer. Des renseignements n'ont pu être obtenus, pour cette seconde enquête, que sur 64 de ces 98 opérés. On est arrivé à apprendre que 41 avaient échappé à la fatalité d'une récidive, dont 22 vivent encore, les 19 autres ayant succombé à des maladies autres qu'une affection cancéreuse. Voici comment les faits réunis par M. Meyer dans son travail se répartissent, eu égard à la nature de la tumeur qui a nécessité l'intervention opératoire, et eu égard au sort des opérés.

Nature de la tumeur.		Survivants guéris.	Morts sans récidive.
Carcinôme.	47 fois.	11	14
Sarcôme.	11 »	7	3
Cysto-sarcome.	3 »	2	1
Mélanosarcôme.	1 »	1	0

Nature de la maladie	Survivants guéris.	Morts sans récidive.
Fibro-sarcôme	1	»	0	1
Tumeur carcinoma-sarcomateuse	1	»	1	0
	64	22	19

Eu égard au siége de la tumeur, les 41 cas de *guérison* se répartissent ainsi :

	Carcinome.	Sarcome.	Cysto-sarcome.	Ant. tumeurs
Seins	4	1	2	
Nez	6	1	0	
Lèvres	5	0	0	
Maxil. inf.	1	2	1	
Tronc	1	1	0	1 mélano-sarcome
Membre	2	2	0	1 carcin.-sarcom.
Sphère génitale	5	1	0	—
Tête	1	1	0	1 fibro-sarcome.
Maxil. sup.	0	1	0	
	25 +	10 +	3 +	3 = 41

Il y avait infiltration des ganglions lymphatiques de la région avoisinante, dans 2 cas de carcinome, et dans 2 cas de sarcome.

L'opération était nécessitée :

37 fois par une tumeur *primitive*.
1 — par une première *récidive* (mélano-sarcome des ganglions inguinaux).
1 — par une seconde — (carcinome d'une lèvre.)
1 — par une troisième —(cysto-sarcome du maxillaire inf.)
1 — par une quatrième —(sarcome du maxillaire inférieur).

L'intervalle de temps écoulé entre l'opération et l'époque où les renseignements ont été recueillis sur les *survivants*, autrement dit la durée de la guérison, est compris entre vingt années trois mois, et neuf années, sept mois. Chez les sujets morts sans récidive, cette durée de guérison a varié entre 16 années et 18 mois.

Des 18 cas portés comme concernant des personnes mortes sans avoir présenté de récidive, il faut en défalquer 2 où la possibilité d'une récidive est admissible : L'un de ces cas concerne une femme opérée d'un carcinome du sein et d'un cancroïde de la langue, et qui mourut plus tard après avoir présenté les signes d'une bronchite diffuse et d'un catarrhe chronique (?) de l'estomac. Dans le second cas, on a incriminé comme cause de mort une anémie pernicieuse qui masquait probablement un cancer latent. Dans les autres cas, au nombre de 16, on trouve mentionnées comme causes de mort : la phthisie pulmonaire, le marasme sénile, la pneumonie, des hydropisies, la gangrène pulmonaire, la goutte, une contusion cérébrale, l'apoplexie, un « épanchement de sang dans les poumons », la méningite chronique. En réalité, les renseignements recueillis sur les causes de mort, dans les cas en question, sont très insuffisants.

Voici maintenant les causes de mort chez les dix-huit personnes qui ont succombé à l'affection cancéreuse après l'opération :

	Carcinome.	Sarcome.
Récidives locales	9	8	1
Métastases	4	4	0
Métastases et récidives locales	3	3	0

Enfin 2 sujets sont morts d'un cancer inopérable de l'œsophage.

Les récidives sont presque toujours survenues dans le courant de la première année qui a suivi l'opération, une fois seulement passé deux années.

Trois fois seulement, l'opération avait été nécessitée pour une récidive de tumeur opérée précédemment. Quatre fois, il y avait infiltration des ganglions de voisinage.

Il ne sera pas superflu de dire que dans tous les cas inscrits sous la rubrique d'affection cancéreuse, le diagnostic a été corroboré par les résultats d'un examen histologique pratiqué par le professeur Eberth, dont la compétence n'est pas à discuter.

L'auteur ajoute à la fin de son mémoire que, sans aucun doute, sa statistique annoncerait des résultats meilleurs encore, si on y avait fait figurer les cas appartenant à la clientèle privée de M. Rose, au lieu de la limiter aux résultats de la pratique nosocomiale, si on avait pu faire entrer en ligne de compte les faits sur lesquels il a été impossible d'obtenir des renseignements ultérieurs.

E. RICKLIN.

VARIÉTÉS

LA MALADIE DE L'EMPEREUR FRÉDÉRIC III, exposée d'après des sources officielles et d'après les rapports des médecins : professeurs BARDLEBEN, VON BERGMANN, docteur BRAMANN, professeurs GERHARDT, KUESMAUL, etc., etc.

Suite. — Voir les numéros 32, 33 et 34.

IV. Le bulletin dont il a été question plus haut, parut dans le journal officiel de Berlin, le 2 septembre 1887. Il était rédigé en termes qui équivalaient à l'annonce d'une guérison prochaine. Or, voici que dans les premiers jours de novembre on apprenait que M. Mackenzie, subitement appelé à San Remo, nouveau lieu de séjour du prince, s'était prononcé pour la nature maligne de la maladie et avait réclamé l'adjonction d'autres médecins.

L'empereur Guillaume conçut de cette nouvelle une inquiétude extrême. Il dépêcha à San Remo son petit-fils Guillaume, en même temps que le docteur Schmidt, de Francfort, et le professeur Schrœtter, de Vienne, afin d'obtenir des renseignements précis sur l'état de santé du prince. Pour s'acquitter de cette mission, on avait choisi de préférence deux laryngologues qui ne s'étaient pas encore trouvés en rapport avec M. Mackenzie, afin de ménager les susceptibilités du spécialiste anglais.

Le professeur Schrœtter ne cacha pas son étonnement de ce que, à son arrivée à San Remo, il trouva comme consultant un jeune praticien de ses élèves, le docteur Krause, et

non un laryngologue de grande expérience. Après la première visite, l'élève s'insurgea quelque peu contre le maître, il déclara possible qu'il s'agissait d'autre chose que d'une néoplasie.

M. Schrœtter avait d'emblée porté ce diagnostic : œdème du larynx, consécutif à une périchondrite occasionnée ellemême par l'extension d'une tumeur maligne (carcinome). Il ajoutait qu'en fait de traitement il n'y avait, à son avis, que deux voies à suivre : attendre jusqu'à ce que, par suite de l'accroissement de la tumeur, l'imminence de l'asphyxie rendrait nécessaire la trachéotomie, opération purement palliative; on bien tenter l'extirpation du larynx en vue d'une guérison radicale, et il ne pouvait plus guère être question que d'une extirpation totale. Ce second projet fut combattu par le docteur Hovell, assistant de M. Mackenzie.

Dans la soirée, arrive le prince Guillaume, l'empereur actuel, accompagné du docteur Schmidt. Ce dernier, dans une consultation générale qui eut lieu le lendemain, se rallia entièrement aux vues de M. Schrœtter. La princesse Victoria, dans une conversation qu'elle eut avec le spécialiste de Vienne, se prononça catégoriquement contre l'extirpation du larynx, ne se résignant qu'à l'éventualité d'une trachéotomie.

M. Schrœtter insista pour qu'on fit venir de Berlin M. von Bergmann, avec la mission d'inciser la trachée du prince, sitôt que les circonstances l'exigeraient. Cette proposition, d'abord éludée, — M. Hovell devant suffire à toutes les éventualités — fut acceptée ensuite, à une condition : il avait été décidé, entre temps, que le prince serait mis au courant de la gravité de la situation ; M. Schrœtter avait été chargé par ses confrères de cette pénible tâche, et la condition était qu'il s'acquitterait de sa mission avec tous les ménagements possibles.

Le prince accueillit avec une résignation parfaite les révélations de ses médecins. Un mémoire rédigé par M. Schrœtter lui fut soumis, dans lequel étaient exposées les chances de salut que comporte une extirpation du larynx : au malade de décider le parti à prendre. Le mémoire était remis depuis quelques minutes seulement, et déjà le prince faisait connaître sa résolution : la « grande opération » était repoussée, la trachéotomie seule devait être pratiquée en cas de nécessité.

Dans une dernière réunion, les médecins s'entendirent sur la rédaction d'un bulletin qui devait paraître au journal officiel de Berlin; il fut décidé, en outre, qu'à cette première communication, destinée au public, ferait suite une série d'autres, qui représenteraient l'état du prince sous les couleurs de plus en plus sombres, de manière à préparer l'opinion en Allemagne à l'exacte vérité. Ce plan ne fut pas suivi.

— Un rapport de M. Schmidt n'apprend rien qui ne soit déjà connu par les révélations de M. Schrœtter.

V. Les médecins du prince étaient *tous* tombés d'accord pour confier la trachéotomie éventuelle à M. von Bergmann; c'est ce que M. Schrœtter fut chargé de faire connaître par écrit au professeur de Berlin. Et comme la trachéotomie pouvait s'imposer d'un moment à l'autre, M. von Bergmann fut prié d'envoyer un opérateur de son choix, qui pût le remplacer en cas d'urgence. M. von Bergmann désigna son premier assistant, M. Bramann, qui se mit en route aussitôt, et qui arriva à San Remo le 18 novembre.

La suite du document que nous analysons nous représente M. Bramann réduit à jouer un rôle semblable à celui qu'on avait imposé précédemment à M. von Landgraf. L'assistant de M. von Bergmann n'est admis qu'à des intervalles assez longs (28 novembre, 9 décembre, 26 décembre, etc.) à examiner le larynx du malade, malgré les plaintes qu'il adresse à M. Mackenzie. M. Bramann fait parvenir à son maître des renseignements pronostiques de plus en plus graves sur la situation du patient; les feuilles qui passent pour recevoir les confidences de M. Mackenzie dépeignent la situation dans des termes empreints d'espoir. M. Bramann, en présence de l'aggravation du mal, insiste à plusieurs reprise sur la nécessité de mander M. von Bergmann à San Remo; il n'est tenu aucun compte de ces instances. M. Bramann en est réduit à apprendre par des personnes de l'entourage du malade, que le prince commence à présenter des symptômes inquiétants, en particulier de la gêne respiratoire, et on le tient à l'écart du patient. A une demande d'explications qu'il adresse à ce sujet à M. Mackenzie, ce dernier répond qu'on pouvait bien compter encore sur un délai de huit à dix jours avant d'être dans la nécessité de pratiquer la trachéotomie.

Le lendemain, 9 novembre, M. Bramann fut admis à constater *de visu* combien la situation du malade s'était aggravée. A l'examen laryngoscopique, on ne découvrait plus de fente glottique; « le passage de l'air n'était possible que grâce à l'inégalité de niveau de la tuméfaction à droite et à gauche ».

Au sortir de cette consultation, M. Mackenzie déclara que, vu les progrès de la dyspnée depuis la veille, on ne pourrait pas attendre davantage, qu'il était urgent de procéder immédiatement à la trachéotomie. MM. Krause et Hovell opinèrent dans le même sens. M. Bramann demanda un sursis. Il alléguait pour motif que, n'ayant pu observer le malade dans les derniers temps, il lui était impossible de savoir si on se trouvait en présence d'une dyspnée persistante ou d'un paroxysme provoqué par l'exploration au laryngoscope. En cas d'amélioration passagère, M. Bramann se proposait de faire mander immédiatement son maître, M. von Bergmann. M. Mackenzie déclara que si on n'opérait pas, il dégageait entièrement sa responsabilité.

On fit au malade des applications de compresses glacées et des badigeonnages de cocaïne dans le larynx. Enfin, à 1 h. 1/2, devant l'aggravation de la dyspnée, et après avoir appris de la bouche du prince que les quatre précédentes nuits avaient été épouvantablement mauvaises, M. Bramann se décida à opérer.

M. Bramann expose dans quelles conditions défectueuses se fit cette trachéotomie. Au dernier moment, une discussion s'engage entre l'opérateur allemand et M. Mackenzie, ce dernier s'opposant énergiquement à ce que le patient fût chloroformé, M. Bramann ne consentant à opérer qu'avec le secours de l'anesthésie. Finalement, M. Mackenzie céda, en dégageant sa responsabilité pour tous les accidents qui pourraient survenir sous l'influence des inhalations de chloroforme.

L'opération, qui dura en tout vingt minutes, réussit parfaitement, tout au plus fut-elle troublée par une syncope de très courte durée. En revenant à lui, le prince s'exprima avec satisfaction sur la facilité avec laquelle il pouvait de nouveau respirer.

Puis M. von Bergmann est mandé à San Remo. Il arrive le 4 février, il prend la direction du traitement consécutif.

VI. M. von Bergmann donne des détails circonstanciés sur la

conformation des canules qu'il a coutume d'employer à la suite de la trachéotomie; ses explications ont surtout pour but d'établir qu'il est inadmissible qu'une pression soit exercée sur la paroi postérieure de la trachée, par l'instrument mis en place. Or, dès le 12 et le 13, le malade fut pris, tous les trois heures environ, de quintes de toux, à la suite desquelles il expectorait un mucus visqueux, brunâtre, fétide. Le garde-malade affirmait qu'avant l'opération le prince avait déjà expectoré des matières de même aspect.

En nettoyant la canule intérieure, on retira du mucus qui englobait de petits caillots de sang, gros comme des grains de chènevis.

Le 14 février, — dans la nuit, la toux et l'expectoration avaient augmenté, — M. Mackenzie prétendit que le sang contenu dans les matières expectorées provenait d'une ulcération de la paroi postérieure de la trachée, occasionnée par le contact de la canule. M. von Bergmann, en changeant la canule, fit constater à M. Mackenzie, *de visu*, l'intégrité de la muqueuse de la paroi postérieure de la trachée, là où celle-ci avait été en contact avec la canule.

Malgré cela, M. Mackenzie revint sur son explication les jours suivants; il en fit part à l'entourage du malade et à des correspondants de journaux.

Le 20 février, sur le désir exprimé par M. von Bergmann, M. Mackenzie introduit une canule de son choix. Cette canule, coudée à angle droit, se composait d'une branche verticale et d'une branche horizontale, celle-ci pouvant, au moyen d'une vis, être raccourcie à volonté. La nuit qui suivit fut meilleure, l'expectoration de mucus sanguinolents diminua. Mais, après cette accalmie passagère, l'expectoration sanguinolente se reproduisit plus que jamais.

M. Mackenzie mit un moment en cause la maladresse du docteur Schrader, qui avait veillé au chevet du malade. Ce médecin ayant été remplacé par M. Hovell, les choses n'allèrent pas mieux. M. Mackenzie confessa alors que sa canule n'irritait pas moins le larynx du malade que ne l'avait fait, à son idée, la canule de M. von Bergmann. Ce dernier souleva la question de savoir si l'expectoration sanguinolente ne serait pas en rapport avec une affection pulmonaire.

VII. Pour trancher la question, on fit mander le professeur Kussmaul. Le célèbre clinicien, après avoir examiné le malade, se prononça contre l'existence d'une affection des poumons et des bronches. Il développa ses raisons dans un rapport tout à fait remarquable, pour conclure, en fin de compte, que l'expectoration sanguinolente était, selon toute probabilité, en rapport avec une tumeur épithéliale du larynx.

M. Mackenzie, sans nier l'existence d'une tumeur maligne, réclamait des preuves positives plus probantes que celles qu'on lui avait fournies jusqu'alors. On fit venir le professeur Waldeyer, qui réussit à convaincre M. Mackenzie. On obtint alors de ce dernier, l'engagement par écrit qu'il userait de toute son influence pour faire ramener le prince en Allemagne, sitôt que se déclareraient des syptômes graves. Le retour fut précipité par la mort de l'empereur Guillaume (6 mars).

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Gynécologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE PAR LE MICROSCOPE, par DUTREMBLAY. (THÈSE DE DOCTORAT, 1887.)

L'auteur de cette thèse a pris pour base de son travail l'examen histologique de deux membranes dysménorrhéales, fait dans le laboratoire de M. Cornil. Le résultat est conforme à ce que nous savons sur la structure des produits expulsés en pareille circonstance.

Au point de vue clinique, ces deux observations rentrent dans les cas que nous avons décrits sous le nom de dysménorrhée membraneuse non douloureuse, et intermittente. Ces caractères sont très importants, au point de vue du pronostic et de la stérilité concomitante. En effet, c'est dans cette catégorie qu'on rencontre le plus grand nombre de cas de guérison et de fécondation.

A propos de ces deux observations, M. Dutremblay passe en revue la pathogénie, la symptômatalogie, l'étiologie et le traitement de la dysménorrhée membraneuse.

L'état actuel de nos connaissances sur ce sujet se trouve clairement résumé dans cette thèse.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES POLYPES FIBREUX DE L'UTÉRUS, par ANSALONI. (THÈSE DE DOCTORAT, 1887.)

L'auteur de ce travail ne s'occupe que du traitement chirurgical des polypes fibreux, laissant de côté tout ce qui concerne le traitement médical. Il publie quelques observations recueillies principalement dans le service de Gallard, observations qui ne présentent du reste rien de particulier.

Après avoir passé en revue les divers procédés employés pour pratiquer l'ablation des corps fibreux utérins pédiculés, M. Ansaloni donne la préférence à l'écrasement linéaire au moyen du serre-nœud de Maisonneuve. D'après lui, l'anse galvano-caustique, aussi avantageuse au point de vue opératoire, pourrait, plus que le serre-nœud, donner lieu à des accidents consécutifs graves. On est surpris, en lisant les observations contenues dans cette thèse, de ne trouver aucune indication de traitement antiseptique local avant l'opération.

Dans l'observation VII, où il y a eu des accidents après l'intervention chirurgicale au moyen de l'anse galvanocaustique, l'auteur accuse de ces accidents le procédé opératoire employé. Nous pensons qu'on doit bien plutôt incriminer *l'absence de précautions antiseptiques pendant les quelques jours qui précèdent l'opération*. Grâce à ces précautions, nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de l'emploi de l'anse galvanique. Celle-ci est de beaucoup préférable au serre-nœud, lorsque le pédicule est volumineux et que les tissus à sectionner présentent une épaisseur considérable.

DE LA MÉTRITE DES SYPHILITIQUES, par BONNET. (THÈSE DE DOCTORAT, 1887.)

L'auteur cherche à démontrer qu'il existe une forme de métrite dépendant de la syphilis. Il rapporte l'opinion de différents gynécologistes et syphiligraphes, en faveur de la thèse qu'il soutient. En l'absence de lésions anatomiques bien constatées, l'existence d'une métrite liée à la syphilis nous semble un peu hypothétique, et les observations publiées

par M. Bonnet, dans sa thèse, ne nous ont pas paru convaincantes.

Il nous dit, dans ses conclusions, qu'il ne faut pas confondre la métrite des syphilitiques avec les métrites non syphilitiques. Mais les moyens indiqués par l'auteur pour faire le diagnostic sont bien vagues et insuffisants. En effet, il ne nous donne, comme signes différentiels, que la coexistence des accidents secondaires, la rapidité d'évolution et l'influence sûre et heureuse du mercure.

Des conditions du raclage de l'utérus dans les cas de fongosités, par Léon Mélik. (Thèse du doctorat, 1887.)

M. Mélik étudie le raclage de l'utérus comme moyen de diagnostic et de traitement.

A propos du diagnostic, il cherche à donner les caractères histologiques qui permettent de différencier les fongosités bénignes des fongosités malignes.

Comme moyen de traitement, c'est surtout dans la métrite à forme hémorrhagique qu'on a conseillé le raclage de la cavité utérine. A l'appui de l'utilité de ce mode d'intervention en pareille circonstance, l'auteur rapporte plusieurs observations, principalement recueillies dans les services de MM. Pozzi et Doléris.

Chez l'une des malades, atteinte de cancer, le raclage de l'utérus a donné de très bons résultats et une amélioration immédiate d'un état considéré, à bon droit, comme très grave.

Dans les affections malignes, le traitement au moyen de la curette ne peut être que palliatif. Mais il n'en est pas moins indiqué, dans quelques cas, où il constitue un mode d'intervention utile contre la douleur, l'hémorrhagie, l'écoulement fétide et l'infection de l'organisme qui en est la conséquence.

Il résulte des conclusions de ce travail que, d'après l'opinion de l'auteur, le raclage de l'utérus est un moyen précieux de différentiation, en ce sens, qu'il permet d'examiner histologiquement la nature des fongosités contenues dans l'utérus et de porter un diagnostic favorable ou défavorable, suivant les cas. Employé avec précaution, il constitue une opération bénigne.

Pour les fongosités simples, de nature non cancéreuse, le raclage est surtout indiqué dans le cas d'hémorrhagie abondante. Il ne doit cependant être pratiqué que si les moyens ordinaires et faciles ont échoué.

Nous approuvons d'autant plus la sage réserve de cette dernière conclusion, que nous avons eu trop souvent l'occasion de constater l'abus qu'on est tenté de faire, depuis quelques années, de ce mode d'intervention.

De Sinety.

Leçons cliniques sur les pyrexies pneumoniques; la fièvre pneumo-typhoïde et la fièvre pneumo-paludéenne, par le professeur D. Grasset. In-8° de 36 pages. Paris et Montpellier.

M. Grasset, en inaugurant son cour de clinique médicale, a pris pour sujet de ses premières leçons les *Pyrexies pneumoniques*. Dans ces leçons, il rompt en visière avec les doctrines classiques et spécialement les doctrines de l'Ecole de Paris. Ainsi, M. le professeur Germain Sée, dans son volume sur les *Maladies spécifiques du poumon*, avait dit :

« Pour Laënnec, Andral, Grisolle, pour la plupart des médecins qui ont écrit sur ce sujet, la pneumonie franche est une affection locale, une inflammation primitive du poumon, et les symptômes généraux sont en raison directe de l'étendue de la profondeur, de la gravité des lésions pulmonaires. »

M. Grasset nous apprend, qu'à Montpellier, on n'a cessé de protester contre cette manière de voir. On a toujours enseigné, non seulement qu'il y a des *pneumoniques*, comme l'Ecole anatomique peut encore l'admettre, mais encore qu'il y a des *pneumonies* et non une *pneumonie*. La pneumonie, même avec des lésions anatomiques identiques, peut être la manifestation d'états morbides fort différents et par suite constituer, suivant les cas, des maladies très différentes. Donc, la pneumonie n'est plus une maladie locale, c'est une maladie générale localisée. Et loin d'être une maladie toujours semblable à elle-même, la pneumonie revêt des formes essentiellement et nosologiquement différentes.

Pour M. Grasset, il y a en effet une série de pyrexies pneumoniques : en tête est la fièvre pneumonique franche. Mais, à côté, il y a aussi la fièvre typhoïde, la fièvre paludéenne, la fièvre rhumatismale, la fièvre érysipélateuse, etc., qui peuvent, elles aussi, se localiser d'emblée sur le poumon et produire, à côté de la fièvre pneumonique proprement dite franche, ce que l'auteur propose d'appeler la fièvre pneumo-typhoïde, la fièvre pneumo-paludéenne, la fièvre pneumo-rhumatismale, pneumo-érysipélateuse, etc.

C'est à l'étude de la fièvre pneumo-typhoïde et de la fièvre pneumo paludéenne qu'est plus spécialement consacrée la brochure intéressante que nous annonçons. L'existence de ces deux formes de pneumonies est bien dégagée, dans ce travail, des fièvres typhoïdes à complications pulmonaires et des fièvres paludéennes à manifestation pneumonique intermittente. M. Grasset y déploie des qualités remarquables de clinicien. Mais sa critique éclairée l'oblige à convenir qu'une étude thérapeutique spéciale contre le microbe de la pneumonie n'a amené à la découverte d'aucun médicament nouveau ni d'aucune application nouvelle d'un médicament ancien. Ce serait en vain que l'on change la théorie de l'action des médicaments, et qu'on explique aujourd'hui par les microbes ce que l'on expliquait autrefois par les vasomoteurs ou l'action réflexe, ou plus anciennement par la force vitale.

Et M. Grasset ajoute :

« On raconte qu'ici même, il y a pas mal d'années, un élève interrogé par Lordat sur la cause d'une maladie quelconque (l'hydrocèle, je crois) répondit bravement : « La force vitale. » A une question analogue pour le furoncle ou pour l'ictère, il pourrait répondre aujourd'hui avec autant de chance de succès : « Le microbe. »

Dr F. S. A.

De l'hystérie alcoolique, par M. le docteur Ferdinand Dreyfous. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1888.

Depuis que M. Debove a signalé en 1886 l'existence d'une hystérie toxique, les faits se sont multipliés, venant à l'appui de sa théorie. Charcot et Potain démontrent la relation évidente qui existe entre l'hystérie et le saturnisme. Letulle donne une description complète de l'hystérie saturnine ; Achard, de l'hystérie mercurielle.

M. Dreyfous réunit aujourd'hui une série d'observations qui tendent à prouver que l'alcoolisme peut être une cause du développement de l'hystérie, tout comme en il est une de l'épi-

lepsie. Chez les 15 malades dont il donne l'histoire clinique, l'alcoolisme est avoué et précède le début des accidents nerveux. Ces derniers varient selon les sujets, en nombre et en intensité ; ceux qui ont été observés sont les suivants : hémianesthésie, apoplexie, vertiges, attaques hystéro-épileptiques, contractures circonscrites, hémichorée, mutisme. Ce sont les symptômes des autres hystéries toxiques, mercurielle et saturnine.

L'alcoolisme intervient-il comme cause occasionnelle, ainsi que l'enseigne Charcot, ou à titre de cause efficiente? Il est vraisemblable, et la lecture des observations semble démontrer que l'hystérie alcoolique n'est pas créée d'emblée par l'alcoolisme; mais qu'elle est en général un aboutissant de tares multiples, héréditaires ou acquises. Peut-être l'épilepsie absinthique décrite par Magnan rentre-t-elle aussi dans le cadre des hystéries toxiques. Les accidents observés sont peut-être plutôt hystériques qu'épileptiques. Ce sont là des faits à revoir.

Dr Georges Lemoine.

NOTES & INFORMATIONS

Congrès international d'anthropologie criminelle. — La deuxième session du Congrès international d'anthropologie criminelle s'ouvrira à Paris, le 1er août 1889, et sera close le jeudi 8 août. Les séances auront lieu dans le local de la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le droit d'admission au Congrès est fixé à 20 francs.

Le comité d'organisation se compose de MM. les docteurs Brouardel, président d'honneur; Théophile Roussel, président; Lacassagne et Motet, vice-présidents; Magitot, secrétaire général, auquel toutes demandes de renseignements et d'admission devront être adressées (8, rue des Saints-Pères, à Paris), et de MM. les docteurs Pozzi, Mathias Duval, Ball, Letourneau, Topinard, Hervé, Manouvrier, Bordier, Fauvelle, Delasiauve, Blanche, Mesnet, Laborde, Jules Falret, Collineau, Auguste Voisin, Magnan, Ferré, Henri Coutagne, Bournet, et de MM. Ploix, Tarde, Alphonse Bertillon et Garaud.

Les questions qui seront discutées au Congrès de 1889 sont :

1o Existe-t-il des caractères anatomiques propres aux criminels? Les criminels présentent-ils en moyenne certains caractères anatomiques particuliers? Comment doit-on interpréter ces caractères? (Rapporteur, M. le docteur Manouvrier.)

2o De l'atavisme chez les criminels. (Rapporteur M. le docteur Bordier.)

3o Lorsqu'un prévenu a été reconnu coupable, peut-on établir, par l'anthropologie criminelle, la classe des criminels à laquelle il appartient? (Rapporteur, M. R. Garofalo, de Naples.)

4o Des perversions morales et affectives chez les enfants. (Rapporteur, M. le docteur Magnan.)

5o De l'éducation correctionnelle. Réformes en rapport avec les données de la biologie et de la sociologie criminelles. (Rapporteur, M le docteur Motet.)

6o De l'anthropologie criminelle, considérée comme une branche de l'anthropologie. (Rapporteur, M. le docteur Manouvrier.)

7o Les anciens et les nouveaux fondements de la responsabilité morale. (Rapporteur, M. Tarde, de Sarlat.)

8o De la libération conditionnelle. Quels sont, en s'appuyant sur les données de la biologie criminelle, les individus auxquels elle peut être accordée ou devrait être refusée? (Rapporteur, M. le docteur Semal, de Mons.)

9o Du signalement anthropométrique et descriptif chez les sujets de quinze à vingt ans. (Rapporteur, M. Alphonse Bertillon.)

10o Régénérescence mentale et simulation de la folie. Rapports réciproques. (Rapporteur, M. le docteur Paul Garnier.)

Mission scientifique. — M. le docteur Frémy, ancien interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission aux Etats-Unis, à l'effet de visiter les établissements publics et privés de ce pays affectés au traitement de la tuberculose.

R. F. D.

NOUVELLES

Corps de santé de la marine. — A été promu dans le corps de santé de la marine. — Au grade de médecin de 2e classe : M. Kieffer, médecin auxiliaire de 2e classe.

— *Mutations.* — M. le médecin de 1re classe Charriez est désigné pour servir dans l'Inde, en remplacement de M. Cazes, qui servira à Toulon.

Recrutement des médecins de la marine. — Par dérogation exceptionnelle aux prescriptions de la décision du 10 de ce mois, qui a suspendu les engagements volontaires dans l'infanterie de marine, le Ministre de la marine vient de décider que les jeunes gens qui se destinent à la carrière de la médecine navale pourront être autorisés à contracter des engagements volontaires, au titre de l'infanterie de marine, dans les conditions prévues par la circulaire du 6 février 1873.

Toutefois, le Ministre se réserve le soin de statuer à l'égard de chaque cas particulier. Les intéressés devront, après s'être munis du consentement du directeur du service de santé, faire parvenir leurs demandes au Ministre par l'intermédiaire des préfets maritimes.

— Le maire de la ville de Bordeaux a pris, en date du 21 août, un arrêté relatif au projet de création d'un dispensaire municipal pour les enfants malades.

Une Commission d'études est instituée à l'effet de rechercher sur quelles bases pourrait être établi ce dispensaire. Parmi les membres de cette Commission figurent MM. les docteurs Levieux, Plumeau, Pujos, Coyne, Dupuy, Layet et Mauriac.

— La première session triennale du Congrès des médecins et chirurgiens des Etats-Unis aura lieu dans cette ville les 18, 19 et 20 septembre prochain. Ont, entre autres, annoncé leur participation au Congrès : Spencer Wells, Lawson Tait, Horsley, Ferrier, Reverdin (de Genève), Esmarch, Gerhardt, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1887-1888.

M. Ramond. Effets des injections intra-veineuses de lait. — M. Lacoarret. Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales. — M. Guy. De l'empyème historique : indications, méthode antiseptique et chirurgicale. — M. Garoault. Contribution à l'étude de la morphologie de l'œuf et du follicule. — M. Nollet. Etudes sur la nature de la pelade d'après quelques observations recueillies à l'hôpital de Cherbourg. — M. Pelletier. Contribution à l'étude de l'otite moyenne catarrhale subaiguë et de son traitement chez les enfants.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 19 au samedi 25 août 1888.

Fièvre typhoïde 11. — Variole 1. — Rougeole 18. — Scarlatine 3. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup, 25. — Choléra 0. — Dy-

sentérie 0. — Phthisie pulmonaire 174. — Autres tuberculoses 25. — Tumeurs : Cancéreuses 32. — Autres 6. — Méningite 30. — Congestion et hémorr. cérébrales 26. — Paralysie 5. — Ramollissement cérébral 7. — Maladies organiques du cœur 44. — Bronchite aiguë 18. — Bronchite chronique 15. — Broncho-pneumonie 9. — Pneumonie 27. — Gastro-entérite : Sein 41. — Biberon 129. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 25. — Suicides 19. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 166. — Causes inconnues 9. — Total de la semaine : 910 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La folie chez les enfants, par le docteur Paul Moreau (de Tours). — Un volume in-16 de 144 pages, de la Bibliothèque scientifique contemporaine. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie appliquées au traitement des maladies nerveuses, au diabète et aux maladies épidémiques, burguisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme), par le docteur Moricourt. Un volume in-18. — Prix : 3 francs 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay, professeurs à la Faculté de médecine. Tome VII, fasc. 3. — Maladies des organes génitaux de la femme. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Du catarrhe chronique, hypertrophique et atrophique des fosses nasales de l'ozène, obstruction catarrhale des trompes d'Eustache, végétations adénoïdes du pharynx, traitement par la galvano-caustique chimique, par le docteur Garrigou-Desarènes, professeur libre d'otologie et de rhinologie. Un volume in-8o de 238 p. avec 34 figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par le docteur Victor Parant, directeur de la maison de santé de Toulouse. Un volume in-8o de 420 pages. — Prix : 7 fr. Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Sur la pathogénie des accidents nerveux, consécutifs aux explosions du grisou, par le docteur Gaudin. In-8o. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'étranger pour 1888, publié par la GAZETTE DES EAUX. Nomenclature complète des stations françaises et des principales stations étrangères, analyses, propriétés, altitudes, installations, moyens de communications. Tableaux comparatifs de la température, des proportions de chlorure de sodium, de sulfure de sodium, de fer, de lithium. Notices et renseignements pratiques, 30e édition. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie Gauthier-Villars.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 36 8 SEPTEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

REVUE GÉNÉRALE

DES PORTES D'ENTRÉE DE LA TUBERCULOSE, par le docteur HENRI BARBIER, ancien interne des hôpitaux.

Lorsque *Villemin* vint annoncer le résultat de ses expériences sur la transmissibilité de la tuberculose, non seulement il apporta à l'histoire de cette maladie un chapitre entièrement neuf, mais il bouleversa complètement les idées d'alors sur la nature même de celle-ci. A partir de ce moment, l'idée de la contagiosité de la maladie s'imposait, et, à l'heure actuelle, si l'on considère notamment le tableau de la mortalité de la ville de Paris, on n'est pas loin d'en faire une des maladies les plus virulentes et les plus contagieuses.

La découverte que fit Koch, du bacille tuberculeux, vint compléter cette doctrine, en lui apportant toute la rigueur d'une découverte anatomique. Aujourd'hui, on ne conçoit plus de tuberculose sans l'agent pathogène, on sait qu'il nous vient du dehors, et c'est à l'étude de ce que l'on a appelé ses portes d'entrée que sont attachés, depuis quelques années, tant de médecins et de physiologistes. Cette étude, en effet, n'a pas seulement pour le pathologiste un intérêt scientifique, mais la connaissance exacte des modes d'effraction du bacille tuberculeux dans nos organes ouvre au médecin et à l'hygiéniste tout un champ fertile en connaissances pratiques concernant la prophylaxie de cette terrible maladie.

A une époque où la tuberculose était considérée comme une diathèse, il était entendu qu'on en héritait comme de tant d'autres, et qu'elle pouvait s'acquérir par la misère, les chagrins et en général par toutes les causes de déchéance ou d'épuisement. Mais certains individus étaient réfractaires ; on avait même créé des diathèses antagonistes. Or, il faut en rabattre.

Loin de nous l'idée de nier l'importance du terrain sur l'éclosion de la tuberculose ; elle est indéniable. Mais, étant connue la virulence extrême des principes tuberculeux, tout sujet peut, dans certaines conditions, être susceptible de se laisser envahir par lui. Aussi la connaissance exacte des conditions de son développement dans nos organes, celle des dangers de certains milieux, doit elle être féconde en conséquences pratiques.

Les bacilles sont répandus autour de nous, dans l'atmosphère, nous verrons d'où ils peuvent venir, ils sont contenus en grand nombre dans certains aliments, *Coches, Cornil, Galtier*, ont montré leur résistance aux agents physiques et chimiques, leur persistance dans les crachats de phthisiques après plusieurs semaines et même plusieurs mois. Et nous ne connaissons pas encore complètement ni la morphologie de cet organisme, ni ses propriétés biologiques, ni ses conditions de virulence ou d'atténuation !

Mais, à côté de l'agent infectieux, reste la question du *terrain favorable*, question qui a repris, de nos jours, son importance. Les éléments anatomiques normaux se défendent à leur façon contre le microorganisme. Mais survienne une cause qui trouble leur fonctionnement biologique, et l'effraction se fait. C'est dans ce cadre que se rangent la misère, les fatigues, etc., toutes les causes banales qu'on invoque. Mais il y a plus, et dans le même ordre d'idée, qu'un traumatisme, qu'une inflammation se produise, et voilà un *locus minoris resistentiæ* créé : la tuberculose *locale* primitive y est imminente. C'est pourquoi certaines affections qui semblent sans lien de parenté apparent avec la tuberculose, sont tuberculisantes au premier chef : *la rougeole, la coqueluche, la grippe, la fièvre typhoïde*, voilà la raison aussi de ces arthrites fongueuses après une entorse, et de ces tuberculoses expérimentales de l'intestin, qu'on n'obtient que si on a mélangé à la substance virulente des corps inertes capables de blesser, d'irriter le conduit intestinal.

Le revêtement épithélial normal est donc une barrière qui n'est pas illusoire. Cette protection est surtout bien remarquable pour les épithéliums épais, résistants, non caduques, des premières voies dans le système respiratoire, digestif et génito-urinaire. Mais lorsque nous arrivons aux cellules du poumon, à celles de l'intestin, plus délicates, sujettes à des desquamations du fait de la digestion, la scène change, et c'est là, en effet, que l'inoculation a lieu.

C'est à l'étude de ces portes d'entrée de la tuberculose que de nombreux travaux ont été consacrés depuis quelques temps, et l'on peut dès à présent entrevoir une prophylaxie dont on ne pouvait avoir la moindre idée autrefois.

TUBERCULOSE HÉRÉDITAIRE

I

A priori, il semblerait rationnel d'admettre la transmission directe de la tuberculose des parents, au produit de la conception. Ce qui est accepté sans conteste pour la syphilis, pour la variole, pour la rougeole, pour la scarlatine, devrait l'être également, ce semble, pour une maladie qui se range, par sa

nature parasitaire, à côté de celles que nous venons de nommer. Or, il n'en est rien. Non seulement les preuves positives en sont peu nombreuses, mais encore cette hérédité a été mise en doute, niée même, par des hommes par qui la nature infectieuse et contagieuse de la maladie était universellement reconnue.

L'apparition précoce d'un processus tuberculeux, son existence même au moment de la naissance, devraient être la caractéristique de l'hérédité de la tuberculose. Or, la clinique nous apprend que la tuberculose des enfants est exceptionnelle dans les premières semaines de la vie, et qu'elle ne commence à devenir fréquente que dans le troisième mois, et surtout après celui-ci.

Nous reviendrons plus tard sur cette fréquence, qui, d'après Queyrat (1), est peut-être plus grande qu'on ne dit.

Quoi qu'il en soit, admise comme telle, cette rareté de la tuberculose des très jeunes enfants a fourni un argument sérieux contre la doctrine de l'hérédité, et *Conheim*, qui en est un des adversaires convaincu, en arrive à se demander « *si la transmission héréditaire de la tuberculose est, en somme, un fait aussi certain et en réalité une éventualité aussi journalière que la croyance populaire a bien voulu l'admettre depuis maintes générations.* »

Cette phrase renferme la condamnation de la doctrine de l'hérédité qui, « *comparativement à l'infection extra-utérine doit être reléguée complètement au dernier plan* ». L'infection *a circumfusa*, telle est pour lui, en somme, la vraie cause de la tuberculisation pour le jeune âge, cause banale comme on le voit, car, ajoute-t-il : « *Lorsqu'un enfant a une fois vécu pendant des semaines et même des mois, qui donc consentirait à prendre sur soi de garantir que, depuis sa naissance, il ne s'est jamais trouvé exposé à une influence nocive capable d'augmenter la tuberculose.* »

Mais si les parents tuberculeux n'engendrent pas un produit *ab ovo* tuberculeux, du moins ce dernier a-t-il, du fait de la déchéance physiologique de ses auteurs, une prédisposition particulière, offre-t-il des conditions plus favorables au développement du bacille tuberculeux qui va s'attaquer à lui dès sa naissance. C'est ici que la question du terrain intervient, question sur laquelle l'accord n'est pas encore parfait.

Et, pour Cohnheim, du moment que l'on n'admet pas l'infection utérine, « *les arguments tirés de l'hérédité en faveur de la prédisposition tuberculeuse, perdent manifestement de leur poids* ». En d'autres termes, le produit né de parents tuberculeux n'est pas plus susceptible de tuberculose qu'un autre issu de parents bien portants.

Ces idées renferment une exagération flagrante et ne sont plus guère de mise à une époque où la valeur absolue du microbe comme agent pathogène a perdu l'importance radicale qu'on lui avait tout d'abord attribuée dans l'engouement des premiers temps ; aussi est-ce à juste titre qu'on peut dire avec *Verneuil* et son élève *Verchère* que, si l'enfant devient tuberculeux, c'est qu'il est *prédisposé*, opinion qu'avait déjà émise Koch en disant : « Quant à la tuberculose héréditaire, j'ai remarqué que les cobayes tuberculeuses n'engendraient que rarement des petits tuberculeux. Je pense qu'on n'hérite pas précisément du bacille tuberculeux, mais d'un ensemble de qualités qui constituent la *disposition* qui facilite l'envahissement de l'organisme par le bacille. »

(1) Thèse, 1886, Paris. *Tuberculose du premier âge.*

Keller (1), au Congrès de Copenhague, et Virchow (2) n'acceptèrent pas autre chose.

II

La longue durée qui s'écoule entre la naissance et l'apparition des premières manifestations tuberculeuses chez l'enfant me semble pas, d'ailleurs, avoir une valeur très grande contre l'hérédité de la maladie. Il y a là une question non encore résolue d'incubation, de développement plus ou moins rapides du microorganisme, d'une série enfin de conditions encore mal définies et peu connues. Les syphilis, par exemple, dont les manifestations sont si précoces, n'offrent-elles pas des exemples d'accidents tardifs ? C'est l'exception, soit. Mais le fait n'en reste pas moins d'un organisme infecté gardant à l'état latent, pendant un temps plus ou moins long, quelque colonie microbienne qui évolue à un certain moment et infecte l'organisme.

« Les germes, disent MM. *H. Martin et Landouzy*, doivent, sur le terrain du nouveau né, ou bien subir une certaine évolution, ou bien attendre, durant une période plus ou moins longue (tuberculose latente), des modifications à subir dans le terrain fœtal, modifications qui feront de ce dernier un terrain propice demain à l'éclosion de la tuberculose, à laquelle la veille il refusait de souscrire. »

Baumgarten (3), qui s'est fait comme on sait le défenseur convaincu de l'hérédité tuberculeuse, admet cet état latent de l'infection jusqu'au jour où une cause occasionnelle quelconque fait éclore les accidents.

On est d'ailleurs mal fixé encore, à l'heure actuelle, sur la durée extrême de la période pendant laquelle une infection tuberculeuse peut sommeiller. Un fait observé par M. *Gaucher* (4) semblerait prouver que la tuberculose inoculée, celle qui marche le plus vite, peut mettre quelquefois plus de deux ans avant de se révéler. Chez un cobaye inoculé par lui, les premiers accidents n'apparurent qu'au bout de ce temps. Et l'étude des lésions anatomiques ne pouvait laisser aucun doute sur l'origine expérimentale de la maladie.

D'autre part, pour expliquer cette rareté de la tuberculose chez le nouveau-né, on avait invoqué aussi une sorte de résistance particulière des tissus embryonnaires. Mais, comme le fait remarquer *Firket* (5), cette hypothèse est en contradiction flagrante avec les résultats obtenus par *Pasteur* dans des expériences sur l'inoculation des virus très atténués aux animaux jeunes.

Cependant, l'hypothèse de Baumgarten est à retenir. Elle permet de se rendre compte de bien des faits, et en particulier de ces foyers de tuberculose primitive en dehors du poumon, comme les gros tubercules solitaires du cerveau, les lésions tuberculeuses des capsules surrénales, etc.

Que la tuberculose infantile soit, jusqu'à plus ample informé, dans la grande majorité des cas, une tuberculose extra-utérine, il n'en existe pas moins des faits, peu nombreux il est vrai, où on a constaté chez des fœtus l'existence de lésions tuberculeuses indéniables, et pour lesquels, par conséquent, la transmission directe des parents à l'enfant ne doit plus être mise en doute.

(1) Compte rendu, 1884.
(2) Compte rendu, 1884.
(3) Baumgarten. *Zeitschrift G. clinische medic.*, 1883-1885.
(4) *Revue de médecine*, 1887.
(5) *Revue de médecine*, 1887.

La preuve clinique est donc faite. Il y a, il est vrai des cas négatifs. C'est ainsi que Verchère (1) parle d'une femme phtbisique au dernier degré, morte avant l'accouchement, à l'autopsie de laquelle on trouva les poumons en partie détruits par les cavernes, remplie de bacilles de Kock. Le fœtus était absolument indemne. Pas de tubercules à l'œil un, pas de bacilles au microscope, pas de résultat après inoculation du sang et de fragments de poumons à des cobayes et à des lapins. Le père de l'enfant etait lui-même tuberculeux.

Keller (2), au Congrès de Copenhague, parle d'un fait semblable. Une femme meurt avant la fin de sa grossesse, on trouve chez elle une tuberculose utérine et une granulie généralisée. Le fœtus est sain, et l'on ne trouve pas, au microscope, de bacilles dans les organes. L'observation n'est pas convaincante, l'inoculation manque.

Weichseilbaum a signalé un cas semblable (3). Enfin, *Max Wolff* (4) n'aurait jamais constaté de tubercules chez les fœtus de lapines offrant une tuberculose diffuse typique.

Mais on commence à posséder dans la science quelques observations positives. *Coupland*, *Parrot*, *Landouzy* (5) ont trouvé à la naissance des noyaux caséeux dans des poumone de nouveaux-nés (Verchère), et les inoculations en série ont donne des résultats positifs. Déjà, en 1875, *Villemin* (6) avançait qu'il s'agissait d'une transmission véritable, que beaucoup d'enfants naissaient tuberculeux, mais que cette tuberculose demandait à être recherchée, car elle frappe des organes comme les ganglions lymphatiques et les poumons. Enfin qu'il s'agissait de tumeurs caséeuses remontant à la vie fœtale, ou ayant suvi de près la naissance.

La rareté des manifestations tuberculeuses dans le très jeune âge est d'ailleurs moins grande qu'on le dit. Je trouve dans la thèse de Queyrat (7) la statistique d'Hervieux :

Sur 995 autopsies, 18 tuberculeux, dont : 2 au-dessous de quinze jours ; 8 de quatre mois à un an.

De son côté, Queyrat, sur 339 décès à la crèche de Tenon, trouve 11 tuberculeux dont parmi lesquels 6 ont moins de douze mois ; le plus jeune est un enfant de trois mois. Ce dernier, issu d'un père tuberculeux, offre, outre une tuberculose miliaire confluente dans les poumons, le foie, les reins, la rate, l'intestin grêle, le cœur, outre une méningite tuberculeuse, un *tubercule caséeux du volume d'une noisette dans le poumon droit*, lésion bien certainement de date beaucoup plus ancienne.

M. *Landouzy* (8) en 1887, dans le premier trimestre de l'année, observait 7 cas de mort par tuberculose chez des enfants venus malades du dehors. Le plus jeune avait six semaines et le plus âgé douze mois. Au dernier Congrès de la tuberculose (9), le même auteur donnait encore des chiffres aussi démonstratifs. Sur 50 autopsies faites à la crèche de Tenon, un décès sur trois serait imputable à la tuberculose.

(1) Verchère. *Des portes d'entrée de la tuberculose.* (Thèse de Paris, 1884.)
(2) Comptes rendus.
(3) WIENER MÉDICINISCH WOCHENS, 1884.
(4) WIRCHOW'S ARCHIV, 1886.
(5) PROGRÈS MÉDICAL, 1882.
(6) GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1875.
(7) *Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge.* Th. de Paris, 1886.
(8) REVUE DE MÉDECINE, 1887.
(9) *Comptes-Rendus*. In : SEMAINE MÉDICALE, 1888.

Des faits semblables auraient été observés par MM. Hayem et Damaschino.

M. *Lannelongue* (1), de son côté, a observé des cas bien avérés de tuberculose congénitale externe précoce. Sur plus de mille cas, il en a compté 87 où la tuberculose a évolué avant un an, parmi lesquels :

4 de une semaine à quatre ; 9 de cinq semaines à neuf; 17 de neuf semaines à cinq mois ; 160 de cinq mois à douze.

A côté de ces faits, on peut ranger *Schleuss* et de *Grothans*, qui trouvèrent des tubercules de la plèvre et du péritoine chez un fœtus de vache tuberculeuse.

Mais, comme le fait remarquer Queyrat, la preuve expérimentale manquait.

Cette preuve ce sont MM. *H. Martin* et *Landouzy* (2) qui la fournirent. Déjà, en 1883, ils avaient entrepris une série de recherches qui les avaient conduits à admettre le passage, à *l'état de graine*, de la tuberculose des parents à l'enfant. Des fragments de poumon (macroscopiquement sains) d'un fœtus d'apparence non tuberculeuse, quoique né d'une mère phthisique, inoculés à des lapins, ont donné une tuberculose qu'ils ont pu sérier jusqu'au quatrième terme. Dans un autre cas, le sang pris dans le cœur d'un fœtus qui n'avait pas respiré a donné par inoculation une tuberculose identique à celle provoquée par l'inoculation du poumon tuberculeux et du placenta sain de la mère. Les mêmes résultats leur ont été donnés par un petit d'une cobaye tuberculeuse.

Je dois dire que *Leyden* (3), qui a repris ces expériences, n'a pas vérifié les résultats.

Quoi qu'il en soit, si ceux-ci sont exacts, et avec des expérimentateurs comme MM. H. Martin et Landouzy, on n'en saurait douter, ils prouvent que l'enfant issu de parents tuberculeux peut naître et naît tuberculeux ; et le reproche que leur adresse Queyrat de ne pas parler du bacille n'a pas dans l'espèce grande importance (4).

Ce desideratum est d'ailleurs comblé dans une observation de *Wahl*, qui figure également dans la thèse de Queyrat et qui a paru dans le *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1885. Il s'agit d'un fœtus de huit mois, trouvé dans l'utérus d'une vache tuberculeuse et présentant des tubercules du poumon, du foie, des ganglions bronchiques. La présence des bacilles y a été constatée. La vache n'avait que de la tuberculose pulmonaire.

Ce n'est pas d'ailleurs dans le poumon qu'on doit rechercher surtout la tuberculose d'origine utérine. Si l'infection se fait par le placenta, la majorité du sang qui en vient par les vaisseaux ombilicaux passe par le foie, et c'est autour des ramifications de ceux-là que la tuberculose doit d'abord se greffer et proliférer. Et c'est en effet ce qui arrive. *Charrin*,

(1) *Tuberculose externe congénitale précoce*. In : *Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose*, sous la direction de M. Verneuil, 1887.
(2) REVUE DE MÉDECINE, 1887.
(3) Leyden. (ZEITSCHRIFT FÜR MEDIC. Bd VIII, p. 386.)
(4) Tous les histologistes savent combien souvent est longue et laborieuse la recherche des bacilles dans certaines humeurs (urines) ou dans certains tissus. Au Congrès de Copenhague, M. le professeur Grancher attirait l'attention sur ce fait et montrait que, lorsqu'on dilue dans une certaine quantité d'eau des crachats manifestement remplis de bacilles et qu'on examine ce mélange, on ne peut plus les retrouver. Aussi, MM. H. Martin et Landouzy, dans leurs recherches, ont-ils passé outre et préféré l'inoculation en série dont les résultats sont tout au moins aussi probants.

sur un enfant né à 7 mois 1/2 et mort trois mois après sa naissance, a observé des lésions tuberculeuses des organes abdominaux, principalement du foie, des ganglions lymphatiques et de la rate. Dans le cas de *Johne* (1), les lésions du foie et du péritoine périhépatique sont les plus importantes.

Néanmoins, d'autres localisations éloignées peuvent s'observer. *Merkel* (2), chez un enfant né à terme d'une mère morte tuberculeuse, observe une tumeur jaunâtre de la voûte palatine. Cette tumeur s'ouvre au troisième jour, donnant issue à du pus caséeux. Quelque temps après, il se forme un abcès au trochanter gauche. L'enfant meurt athreptique. A l'autopsie, on trouve un foyer caséeux de la voûte palatine intéressant l'os, des noyaux caséeux dans les ganglions lymphatiques, et un autre foyer de même nature autour de l'articulation coxo-fémorale Enfin le poumon lui-même peut être envahi. *Berti* (3) a vu chez un enfant de neuf jours issu d'une mère tuberculeuse, une caverne pulmonaire considérable.

Tous ces faits d'ordre anatomo-pathologique apportent leur preuve. A côté d'eux, on peut ranger ceux sur lesquels M. *Landouzy* a attiré l'attention. Il est fréquent de voir survenir chez les enfants malingres, issus de parents tuberculeux, de ces broncho-pneumonies qui, selon l'heureuse expression de *Landouzy*, ne font pas leurs preuves et qui sont des broncho-pneumonies tuberculeuses. On serait tenté d'y voir la première manifestation de la maladie, issue du dehors. Or, il n'en est rien; la présence fréquente de tuberculose de la rate, des reins, de tuberculose *souvent considérable du foie*, permettent d'admettre l'infection placentaire (5). Dans le même cadre se rangent les athreptiques tuberculeux, chez qui, d'après Birch-Hirschfeld (6), à côté de lésions très discrètes du poumon, on trouve une tuberculose très accentuée du foie, sans lésions intestinales ou ganglionnaires.

Le récent Congrès de la tuberculose tenu à Paris a apporté quelques documents à l'étude de l'hérédité tuberculeuse. Des communications dans ce sens y ont été faites par MM. *Landouzy, Bazy, Thierry, Van Hersten, Malvez, Férrand, Arloing, Galtier, Solles, Le Torre*. MM. *Galtier, Arloing, Solles*, ont observé expérimentalement chez les animaux. Des petits issus de parents tuberculeux ont présenté des lésions tuberculeuses ou *scrofuleuses*, ce qui, dans l'espèce, revient au même. Mais celles-ci seraient plus fréquentes Un cobaye, dans le cas de *Solles*, issu de parents rendus artificiellement tuberculeux, offre à partir du dixième mois un développement de ganglions sous-maxillaires et axillaires. Une femelle, issue de lui, présente aussi de gros ganglions sous-maxillaires et une ulcération à fond jaunâtre, sans tendance à la cicatrisation au niveau du maxillaire supérieur. *Arloing* a observé les mêmes phénomènes chez des petits cobayes qui, issus de mères tuberculeuses, présentèrent sous la peau des masses caséeuses.

Enfin M. *Galtier*, en inoculant au début de la gestation, le quinzième jour, une lapine, a trouvé 3 petits sur 5 qui devinrent tuberculeux. L'inoculation plus tardive semble donner des résultats négatifs. Sur 9 expériences, aucune n'avait réussi. Un fœtus d'une vache tuberculeuse qui avait avorté ne lui avait pas donné plus de résultat. D'où Arloing conclut que la transmission placentaire existe, mais qu'elle est loin d'être commune. C'est aussi la conclusion de MM. *Malvoz* (de Liége), *Bang* (de Copenhague) et *Van Hersten*. Sur 1,165 vétérinaires interrogés par *Bang*, 32 seulement ont eu la tuberculose. Chez les veaux nouveau-nés, en Belgique, M. *Von Hersten* compte un veau tuberculeux sur 650 traités qu'il y a, en moyenne une vache tuberculeuse sur 100 sujets. Ces résultats sont à rapprocher de ceux de *Johne* (1); sur 154,000 veaux abattus à Berlin, il n'en aurait rencontré que 4 tuberculeux, et il admet avec *Lydtin* que le fœtus infecté *ab ovo* est facilement détruit dans l'utérus ou évacué par avortements.

Mais, en tant est qu'elle est rare, l'hérédité existe cependant. M. *Landouzy* (2) est venu apporter de nouveaux faits très démonstratifs et, selon son expression, on peut naître bacillé comme on naît syphilisé; par infection originelle, cet éminent observateur a vu devenir tuberculeux quatre enfants nourris au sein, éloignés du père tuberculeux et n'ayant pas pu s'infecter par le tube digestif. La tuberculisation était donc nettement héréditaire.

III

L'hérédité directe de la tuberculose semble donc ne devoir plus être mise en doute. Il y a lieu alors de se demander comment se fait l'infection du fœtus et quelle est sa porte d'entrée du microbe infectant.

Il y aurait lieu de se demander également à quel titre et dans quelle proportion chacun des conjoints intervient dans la tuberculisation du produit de la conception; et si l'influence du père tuberculeux l'emporte ou non sur celle de la mère. *A priori*, il semblerait qu'à ce point de vue le père jouisse d'un privilège bien net, c'est la difficulté plus grande qu'il possède d'infecter l'enfant. La part qu'il prend dans l'opération totale de la génération est éphémère et de bien moindre importance au point de vue qui nous occupe que celle qui est réservée à la mère. Aussi l'infection fœtale, du fait paternel, ne peut guère se comprendre que si le sperme contient des bacilles. Ceux-ci suivent la migration des spermatozoïdes et le produit est, en imminence, tuberculeux *ab ovo*. Cette condition suppose évidemment la tuberculose génitale chez l'homme et, quelle que soit sa fréquence, elle n'est pas à comparer à celle des autres manifestations diathésiques qui peuvent se trouver chez la femme. Il serait donc intéressant, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue de l'hygiène sociale, de faire la part qui revient à l'un et à l'autre dans l'infection du fœtus.

Or, nous avons à ce sujet quelques statistiques. *Leudet* (3) de Rouen, qui a si énergiquement défendu l'hérédité tuberculeuse, a dressé le tableau suivant :

D'abord, sur 38 ménages où la femme seule était tuberculeuse, il en a trouvé 21 ayant des enfants tuberculeux. Sur 23 où l'homme seul l'est, 11 seulement.

D'autre part, recherchant l'influence des accidents, il trouve, et sa statistique a été faite dans 104 familles :

(1) LYON MÉDICAL, 1878. *Tuberculisation généralisée chez un fœtus de sept mois et demi*.
(2) Johne. WIENER MEDIZINISCHE BLAETTER, 1885.
(3) Merkel. HEREDITAT DER LUNGEN-TUBERCULOSE. *Zeitschrif für klin. Med.*, Bd VIII.
(4) Berti. BULLETINO DELLE SCIENCE MEDIC. DI BOLOGNA, 1882.
(5) Landouzy. Communication écrite à Firket. REVUE DE MÉDECINE, 1887.
(6) Leherbuch, PATH. ANAT., 1886.

(1) Firket. REV. DE MÉD., 1887. *Loco citato*.
(2) COMPTES-RENDUS. *Loco citato*.
(3) Leudet. Académie de médecine, 1885 et Congrès de Genève.

1° Par la mère dans 57 familles ; 2° par le père dans 21.

Niepce (1), de son côté, a trouvé les résultats suivants :

Sur 36 familles, l'hérédité existe du fait de la mère dans 22 cas ; du fait du père, dans 14.

Malheureusement, ces statistiques ne tiennent pas un compte suffisant des cas où la tuberculose des enfants est acquise. Quoiqu'il en soit, elles mettent néanmoins un fait en lumière, c'est l'influence beaucoup plus prononcée de la mère dans la transmission morbide.

La présence de l'agent infectieux dans le liquide spermatique n'est pas, que je sache, encore admise. *Rohlff* (2) a inoculé à des lapins et à des agneaux du sperme de phthisique.

Cort. Jani (3), *Fr. Aguet* (4), *Derville* (5), n'ont pas constaté la présence de bacilles dans les procédés ordinaires. Dans tous ces cas, les sujets chez qui la recherche a été faite n'avaient pas de tuberculose génitale apparente, et pourtant MM. *Landouzy* et *H. Martin* (6) sur des cobayes, MM. *Lirena* et *Pernice* (7) sur des chiens, ont eu des inoculations positives dans ces conditions, preuve, avec nos idées actuelles, *que ce sperme est tuberculeux, puisqu'il tuberculise.* La question demande encore de l'étude et des recherches. Je ne puis cependant passer sous silence l'hypothèse ingénieuse de *Cort. Jani.* Ayant découvert sur les épithéliums testiculaires et prostatiques des amas de bacilles chez des sujets phthisiques dont le sperme n'en renfermait pas, et se basant sur ce fait que Grawitz aurait constaté le passage des spores de moisissure à travers l'épithélium rénal sans lésion de celui-ci, il admet qu'il n'y a aucune raison de douter du passage du bacille à travers les membranes de l'œuf.

Mais cette infection *ab ovo* n'est pas encore admise *par tous.*

Se basant sur des considérations d'ordre tératologique, *Firket* (8) n'est pas éloigné de la rejeter ; car, dit-il « cette « lutte du parasite et des cellules embryonnaires troublerait « singulièrement l'évolution naturelle de l'embryon. Dans ces « conditions, n'aurions-nous pas un monstre, au lieu d'un « enfant régulièrement conformé ? »

Cependant, le cas où un père tuberculeux a des enfants tuberculeux sans que la mère soit contaminée n'est pas un fait rare. On connaît l'observation de Landouzy (9) d'un homme qui eut 5 enfants, dont 4 moururent tuberculeux. Au moment de la publication du mémoire de 1886 (10), cet homme est mort de tuberculose et sa veuve est absolument indemne.

(A suivre.) p. 438

(1) Niepce. *Contagion et transmissibilité de la tuberculose.* Grenoble, 1886.

(2) Rohlff. BEITRAGE ZUR FRAGE VON DER EHRBLICHKEIT D. TUBERCULOSE. *Inaug. Dissert.* Kiel, 1885.

(3) Cort. Jani. VIRCHOW'S ARCHIV., 1886.

(4) *De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits autres que l'expectoration.* Th. de Paris, 1884.

(5) *Infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme.* Th. de Paris, 1887.

(6) *Recherches cliniques sur la tuberculose,* sous la direction de M. Verneuil, 1886.

(7) GAZETTA DEGLI HOSPITALE, 1887, et JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

(8) *Loco citato.*

(9) REVUE DE MÉDECINE, 1883.

(10) *In :* Verneuil. *Loco citato.*

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE CHEZ UN PRISONNIER, par MM. G. VARIOT et RAYMOND MARTIN.

Le nommé X..., âgé de 38 ans, ouvrier gréviste, d'origine allemande, entre à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris le 16 août au soir. Il vient de la prison de Mazas.

Le seul renseignement que nous ayons sur lui, c'est que son incarcération date de quinze jours.

Cet homme est dans un état comateux, la tête dans la rotation à droite, les yeux grands ouverts, le regard fixe, les cornées tournées en haut et un peu à droite ; la pupille gauche est dilatée, les conjonctives sont congestionnées, mais non ecchymotiques ; les traits sont immobiles, la commissure labiale droite un peu tirée en haut.

Lorsque le malade fait quelques mouvements des muscles faciaux, on voit qu'il existe une paralysie manifeste de tout le facial inférieur, à gauche. Les deux joues sont fortement colorées. Les deux paupières du côté droit sont ecchymosées Ces ecchymoses rappellent tout à fait les épanchements de sang traumatiques de la région orbitaire.

Il est impossible de faire tirer la langue au malade ; la connaissance est tout à fait perdue, les lèvres sont sèches, les dents fuligineuses.

On constate une hémiplégie gauche complète des membres supérieur et inférieur, en même temps que l'hémiplégie faciale gauche que nous avons mentionnée. Les deux membres soulevés retombent inertes. Flacidité musculaire complète. Les mouvements sont au contraire conservés du côté droit. La sensibilité paraît plus obtuse à gauche qu'à droite. Le malade retire vivement le bras droit lorsqu'on le pique ; il faut le piquer fortement à gauche pour qu'il y porte la main droite.

La respiration est fréquente, rendue bruyante par des râles trachéaux. Le pouls est à 120, petit et défaillant.

Température 40°. La déglutition est impossible.

En percutant l'abdomen, on constate que la vessie est distendue par l'urine qu'on évacue par le cathétérisme.

L'auscultation de la poitrine en avant fait entendre de gros râles bruyants qui masquent complètement les bruits du cœur.

En faisant asseoir le malade, on s'assure qu'il n'existe point d'escbare au sacrum ; mais on remarque que les muscles de la nuque sont raides et que la tête est fixée dans la rotation en dehors.

L'auscultation des poumons en arrière ne donne pas plus de résultat qu'en avant. On prescrit des compresses d'eau glacée en permanence sur la tête.

En présence de ces symptômes et en l'absence de commémoratifs, nous pensons d'abord à un traumatisme crânien, avec épanchement de sang circonscrit du côté droit ou avec un foyer d'encéphalite. Mais les téguments de la tête ne portent pas la moindre trace d'une blessure. Les ecchymoses palpébrales nous font pencher pour une fracture de la base du crâne. Nous posons aussi la question d'hémorrhagie cérébrale spontanée, mais nous ne faisons aucun diagnostic ferme.

Le lendemain matin, l'état ne s'est pas modifié ; la respiration devient plus rapide et plus bruyante. Le malade succombe à quatre heures du soir sans phénomènes nouveaux.

Autopsie. — L'autopsie a été faite trente-six heures après la mort. La température n'a pas dépassé 15° pendant le séjour du cadavre à l'amphithéâtre, bien que l'on soit au mois d'août. La rigidité cadavérique musculaire n'existe presque pas. Dans les parties déclives, la peau du cadavre est le siège de suffusions ecchymotiques extrêmement étendues.

Comme on soupçonnait un traumatisme cérébral, l'ouverture du crâne a été faite à la scie.

La calotte crânienne enlevée présente une épaisseur de près d'un centimètre dans les régions frontale et occipitale. La surface convexe de la dure-mère n'offre rien d'insolite. On la détache facilement des circonvolutions de la voûte, sauf sur un point de la région temporale droite où il y a quelques adhérences avec l'arachnoïde. La pie-mère et les circonvolutions sous-jacentes à ces adhérences paraissent saines.

Lorsqu'on détache le cerveau et qu'on a coupé les nerfs optiques, on commence à apercevoir du pus épais qui remplit le grand confluent arachnoïdien moyen. Lorsqu'on incise la tente du cervelet, on trouve également une nappe purulente interposée entre celle-ci et les lobes cérébelleux. Enfin, en renversant la protubérance et le bulbe, on voit ces diverses parties couvertes de pus et en même temps il s'échappe du pus du canal rachidien, au lieu du liquide céphalo-rachidien.

L'encéphale, légèrement lavé et examiné par sa face inférieure, montre des nappes de pus concret tapissant toute la protubérance, la face inférieure du bulbe et la face inférieure des hémisphères cérébelleux. Ces exsudats ne se prolongent pas sur les nerfs crâniens, à leur origine.

Lorsqu'on coupe les pédoncules cérébraux, on voit du pus s'écouler sur les côtés du corps calleux et au dessous de son bourrelet. Ce pus, un peu clair, provient manifestement des ventricules latéraux.

Des coupes faites sur le bulbe, la protubérance et le cervelet, montrent que les exsudats purulents adhérant à la pie-mère de ces organes, sont superficiels et n'ont pas intéressé la substance nerveuse sous-jacente.

Sauf au niveau du confluent arachnoïdien moyen, il n'existe pas de pus à la surface de la pie-mère cérébrale. Celle-ci est fortement vascularisée partout; mais elle ne présente nulle part ni pus, ni exsudat purulent, notamment au niveau des circonvolutions de la surface convexe du cerveau.

Des coupes de l'hémisphère droit, pratiquées perpendiculairement d'avant en arrière, permettent de voir que les différentes portions des ventricules cérébraux sont remplies de pus clair et que l'épendyme et la substance nerveuse formant la paroi du ventricule semblent ramollis. En dehors, et un peu au dessus de la couche optique droite, il existe un petit foyer de suppuration bien limité d'où s'échappe du pus crémeux; on peut y introduire facilement la pulpe de l'index. Ce foyer suppuré est, à peu près, du volume d'une noix.

L'hémisphère gauche ne présente rien de spécial, à l'exception du pus qui distend le ventricule latéral.

Nulle part, à la surface de la pie-mère, revêtant le cerveau, nous n'avons pu voir de granulations tuberculeuses.

La base du crâne, examinée avec soin, ne porte aucune fêlure, ni aucun autre indice de traumatisme. Tous les sinus veineux de la base sont gorgés de sang noir.

Nous avons incisé les sinus latéraux et caverneux. Nous n'y avons trouvé ni pus, ni caillot.

Le canal rachidien a été ouvert. Lorsqu'on détache au couteau les racines nerveuses, il s'échappe du pus de la gaine dure-mérienne; mais ce pus ne préexistait pas entre le canal osseux et la dure-mère.

Toutes les vertèbres elles-mêmes paraissent normales. En achevant de détacher la dure-mère dans la région lombaire, on la crève et il s'en échappe plusieurs cuillerées de pus crémeux. En somme, toute la moelle était baignée dans du pus qui avait remplacé le liquide céphalo-rachidien. On incise la dure-mère rachidienne et on constate qu'en plusieurs endroits la moelle épinière a été broyée par le rachitome. A part cela, elle semble à peu près intacte à la coupe. Dans la région cervicale, les cordons antéro-latéraux sont tapissés par un exsudat concret; cet exsudat manque à la surface du reste de la moelle.

Symphise complète du poumon gauche du haut en bas. Adhérence très forte au sommet et à la base, au point que le poumon ne peut être arraché sans déchirures.

Quelques petits tubercules crétifiés au sommet gauche; à la base gauche et en arrière, on constate à la coupe du parenchyme plusieurs cavités de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, éparses dans le tissu sclérosé.

Dans la même région, on voit plusieurs bronches dont le calibre est dilaté et la paroi sclérosée; quelques-unes de ces bronches crient sous le couteau, comme si elles étaient calcifiées.

Légère congestion à la partie postérieure du poumon droit.

Le cœur est flasque et paraît élargi.

Le ventricule droit est enveloppé d'une épaisse couche de graisse; toutes les valvules sont saines.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation nous paraît surtout résider dans la singularité des phénomènes cliniques constatés à la phase ultime de la maladie.

La lésion dominante initiale a été une inflammation suppurative diffuse des méninges spinales, puis cérébrales; et il est probable que le foyer d'encéphalite circonscrite, développé au voisinage de la couche optique, s'est produit secondairement.

L'hémiplégie gauche, flasque, complète, est évidemment en rapport avec la présence de l'abcès cérébral qui a agi sur les fibres de la capsule interne par compression ou autrement.

Les paralysies circonscrites, les hémiplégies, ne sont pas rares, soit dans les méningites simples, soit dans les méningites tuberculeuses avec ou sans tubercule limité coexistant. Mais le diagnostic de la cause de ces paralysies ne peut être porté qu'autant qu'on a assisté à l'évolution de la maladie dès son début. Si les troubles paralytiques circonscrits ouvrent la scène morbide, comme dans les cas insolites cités par M. Chantemesse dans sa thèse inaugurale, la difficulté clinique est fort grande.

Chez notre sujet, les commémoratifs faisaient absolument défaut. La présence des ecchymoses palpébrales des deux côtés, l'hémiplégie gauche bien limitée avec état comateux, nous avaient amené à soupçonner un traumatisme indéterminé avec épanchement sanguin intra-crânien ou phénomènes d'encéphalite secondaire.

En l'absence de renseignements antérieurs sur le début de l'affection, l'idée de méningite cérébro-spinale ne s'était même pas présentée à notre esprit.

Une hémiplégie gauche, bien limitée, nous avait induits à penser qu'il s'agissait d'une lésion circonscrite de l'hémisphère droit, peut-être d'une hémorrhagie cérébrale spontanée. Les phénomènes mentionnés dans l'observation clinique ci-dessus sont des signes absolument insuffisants de la méningite cérébro-spinale. Il eut été illogique de porter un pareil diagnostic.

L'autopsie seule pouvait permettre de dissiper les doutes.

Quant aux ecchymoses palpébrales symétriques, leur cause est assez obscure. Le malade avait-il subi des chocs dans ces régions? S'agit-il d'infiltration purpurique circonscrite en rapport avec une altération du sang? Cela est possible, d'autant que les suffusions ecchymotiques cadavériques s'étaient produites avec une abondance et une rapidité peu habituelles.

Ce cas de méningite cérébro-spinale, typique au point de vue des lésions, sinon au point de vue des symptômes, a semblé sporadique jusqu'à présent.

Nous n'avons pas reçu de Mazas, ni des autres prisons de la Seine, d'autre malade atteint de cette affection.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Ophthalmologie

I. CÉCITÉ UNILATÉRALE EN RAPPORT AVEC LA PRÉSENCE DE DENTS CARIÉES, par le docteur WIDMARK (*The Lancet*, 1887). — II. AMAUROSE CONSÉCUTIVE A LA CARIE DENTAIRE, par le docteur RIVA (*Revista di Ciencias Medicas*, et *Saint-Petersburger medic. Wochenschrift*, 1888, n° 21).—III. AMAUROSE DOUBLE CONSÉCUTIVE A UNE HÉMORRHAGIE, A LA SUITE D'UNE OPÉRATION DANS LE NEZ, par le docteur SCHMIDT-RIMPLER (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1888, n° 24, p. 288). — IV. UN CAS DE CÉCITÉ SUBITE, par le professeur NOTHNAGEL (*Wiener medic. Blaetter*, 1888, n° 20). — V. CÉCITÉ A LA SUITE DE LA COQUELUCHE, par le docteur ALEXANDER (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1888, n° 11, p. 204). — VI. AMAUROSE CONSÉCUTIVE A L'ADMINISTRATION DE LA QUININE, par MM. ROSA et GRÜNING (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, n° 103, p 1,199). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. M. WIDMARK fut consulté par une jeune fille, pour une diminution de l'acuité visuelle à droite, qui allait presque jusqu'à la cécité complète. Un examen minutieux de l'œil ne fit découvrir absolument rien d'anormal. Ayant remarqué que les dents de la jeune fille étaient en fort mauvais état, M. Widmark recommanda à sa malade de se confier aux soins d'un dentiste. Le conseil fut suivi. Le dentiste constata que toutes les molaires, supérieures et inférieures, étaient fortement cariées et que plusieurs racines étaient envahies par une ostéo-périostite. Les molaires du maxillaire supérieur, à droite, furent enlevées. Trois jours plus tard, l'état fonctionnel de l'œil, de ce même côté, s'était sensiblement amélioré, et le onzième jour après l'avulsion, la jeune fille pouvait de nouveau se servir de l'œil droit pour lire.

II. M. RIVA relate un fait du même genre : Une femme de 30 ans avait perdu la vue d'un côté, et de ce même côté la seconde molaire du maxillaire supérieur était fortement cariée. On arracha la dent malade, et on trouva dans la racine un fragment de cure-dent en bois. Peu après, cette femme avait récupéré la vue.

III. L'observation de M. SCHMIDT-RIMPLER concerne une femme de 23 ans, chez laquelle on avait déjà enlevé plusieurs fois, par voie opératoire, des végétations polypeuses des fosses nasales. La dernière de ces opérations n'avait occasionné qu'une hémorrhagie assez faible (environ 150-200 gr. de sang perdu) Or, au bout d'une heure, la patiente remarqua que sa vue baissait. Dans la nuit, l'œil droit était frappé de cécité. Le lendemain, au réveil, la malade ne voyait plus du tout. A l'examen ophtalmoscopique, on constata, dans les premiers temps, un état trouble de la papille et des parties avoisinantes; plus tard, une disposition ondulée des vaisseaux et les traces d'une papillite. La pathogénie de cette cécité subite est en somme très obscure, et il est difficilement admissible qu'une perte de sang si peu abondante ait eu pour conséquence un arrêt immédiat de la nutrition des éléments rétiniens. L'auteur incline à faire intervenir comme cause de cette cécité, une ischémie du centre cortical de la vision.

IV. Une localisation analogue a été invoquée par le professeur NOTHNAGEL, pour rendre compte d'une cécité subite survenue chez un homme de 46 ans, un peu dément, qui jusque-là avait joui d'une excellente santé, sauf qu'il avait eu par moments des maux de tête. L'exploration des organes thoraciques ne donna que des résultats négatifs. D'autre part, l'examen du fond de l'œil fit découvrir une hémi-ablepsie supérieure et un certain degré de dyschromatopsie. A droite, la pupille réagissait moins bien qu'à gauche.

M. Nothnagel pense que dans le cas présent les troubles de la vision étaient en rapport avec une lésion des centres corticaux de la vision (lobe occipital), et il rappelle à ce propos que précédemment il a observé un cas analogue, où l'existence d'une lésion double du lobe occipital fut démontrée par l'autopsie. La conservation des réflexes pupillaires plaide contre l'hypothèse d'une lésion des tubercules quadrijumeaux ou des couches optiques, dans le cas mentionné ci-dessus.

V. M. KNAPP (de New-York) avait publié, il y a quelques années (*Archiv für Augen und Ohrenheilkunde*, t. V, n° 1, p. 203) une observation de cécité survenue chez un enfant à la suite de la coqueluche, et en rapport manifeste avec une ischémie de la rétine. La fonction visuelle s'était rétablie en partie, lorsque six semaines plus tard l'enfant fut emporté par une pneumonie lobulaire. A cette occasion, M. Knapp mentionnait qu'ayant entretenu de ce cas le professeur Loomis, celui-ci lui avait dit que la cécité se développe effectivement quelquefois à la suite de la coqueluche, mais presque exclusivement chez des enfants qui ne tardent pas à succomber aux atteintes d'une pneumonie lobulaire. Conséquemment, la cécité survenant dans le décours de la coqueluche devait être considérée comme une complication de mauvais augure.

La rareté de cette complication n'est pas à mettre en doute, et c'est ce qui donne un intérêt spécial aux deux faits relatés par M. Alexander.

Le premier de ces faits concerne un garçon de 3 ans qui était atteint de la coqueluche depuis six semaines, lorsque subitement il perdit la vue. L'examen ophthalmoscopique ne donna que des résultats normaux. La cécité persista jusqu'à la mort de l'enfant, qui survint quinze jours plus tard, au milieu de phénomènes en rapport avec une compression cérébrale (coma). L'autopsie n'a pas eu lieu.

L'autre observation est celle d'une jeune fille de 12 ans qui, dans le cours d'une coqueluche, vint en proie à de violents maux de tête ; au bout de quinze jours, la vue de la petite malade se mit à baisser, pour se rétablir un peu, après une phase intermédiaire de cécité complète. A l'examen ophthalmoscopique, on pouvait constater, au début, les signes d'une névrite optique. A un moment donné, la réaction pupillaire était complètement abolie. En fait de traitement, on a eu recours aux dérivatifs (sur la nuque) et à l'administration interne de l'iodure de potassium. En dernier lieu, on a fait des injections de strychnine, sans grand espoir de guérison, étant donnés les progrès de l'atrophie des papilles.

A noter que dans les deux cas de M. Alexander, comme dans celui de M. Knapp, l'urine ne contenait pas d'albumine. Il ne saurait donc être question de considérer ces faits comme des exemples d'amaurose urémique.

VI. On connaissait déjà un certain nombre d'exemples d'amblyopie passagère, survenue à la suite de l'absorption d'une dose plus ou moins forte de quinine. De nouveaux exem-

ples de ce genre *d'amblyopie toxique* ont été communiqués au dernier Congrès de la Société américaine d'ophthalmologie par MM. ROSA et GRÜNING (de New-York). Le premier de ces deux médecins a donné des soins à une jeune dame qui avait contracté les fièvres intermittentes, lors d'un séjour dans un pays de marécages. Peu de temps après un accès de fièvre, cette dame perdit connaissance et fut prise de convulsions. On crut à une atteinte de fièvre pernicieuse, et on fit prendre à la malade 4 doses de sulfate de quinine, de 1 g. 8 chacune. Le troisième jour, en reprenant connaissance, la malade s'aperçut qu'elle avait perdu la vue. La guérison ne fut obtenue qu'à la longue, à la suite d'un traitement par les injections de strychnine et de *quinine*.

L'observation de M. Grüning se rapporte à une femme de 50 ans, qui devint aveugle et sourde après avoir absorbé en une fois 1 gr. 8 de sulfate de quinine. La surdité ne persista que pendant douze heures, et la cécité complète pendant vingt-quatre heures. Le fond de l'œil, examiné cinq jours plus tard, présentait un aspect absolument normal. Pas d'ischémie, mais un rétrécissement concentrique du champ visuel.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. Sur les amblyopies toxiques, par le docteur NETTELSHIP (*Société ophthalmoscopique de Londres*, 23 juillet 1887.)

II. Amblyopie et hystérie virile, par le docteur M. RADZIEJEWSKI (*Dissertation inaugurale*. Berlin, 1887. Analysée in : *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1887, no 81, p. 915).

III. Sur la cécité survenant à la suite du blépharo-spasme, par le docteur SAMELSOHN (Ibidem, 1888, no 15, p. 181).

E. R.

VARIÉTÉS

LA MALADIE DE L'EMPEREUR FRÉDÉRIC III, exposée d'après des sources officielles et d'après les rapports des médecins : professeurs BARDLEBEN, VON BERGMANN, docteur BRAMANN, professeurs GERHARDT, KUSSMANL, etc., etc.

Suite et fin. — Voir les numéros 32, 33, 34 et 35.

VIII. A Berlin, la direction du traitement fut remise à M. Mackenzie ; huit jours après le retour, le professeur von Bergmann reçut du docteur Wegner une invitation écrite d'avoir à prendre part aux examens laryngoscopiques et au traitement. L'affection cancéreuse progressait avec lenteur. Une infiltration dure s'étendait depuis le cartilage cricoïde jusqu'au bord supérieur de la plaie trachéale. L'expectoration conservait les mêmes caractères ; de temps en temps, le malade expectorait des débris de tissu nécrosé, un jour même il rendit un fragment assez volumineux de cartilage. Cette dernière circonstance fut considérée, par M. Mackenzie, comme l'indice d'une crise salutaire en préparation, et comme une preuve de l'existence d'une périchondrite.

Les changements de canule se faisaient sans difficulté. Cependant, autour de la plaie, en haut et sur les côtés, étaient apparues, dès le 8 avril, des végétations d'un rouge jaunâtre, saillantes de 5 millimètres environ, très dures, noirâtres par endroits, séparées par des sillons profonds, et que M. von Bergmann considéra comme des masses cancéreuses en voie de prolifération. Au contraire, M. Mackenzie déclara que certainement ce n'était pas là du cancer, qu'il s'agissait de granulations telles qu'elles se montrent à la surface des plaies simples.

Le 12 avril, survint l'incident le plus grave du conflit latent qui s'était élevé entre M. Mackenzie et le professeur von Bergmann.

Voici la version qu'en donne ce dernier :

Dans l'après-midi du jour en question, M. von Bergmann reçut du confrère anglais, par courrier spécial, un billet ainsi conçu : « Cher professeur Bergmann, nous avons des difficultés avec la canule, c'est pourquoi je vous prie de voir l'empereur avec moi, et *cela le plus tôt possible*. » M. von Bergmann était en consultation chez un malade de la ville, au reçu de cet écrit. Il gagna en toute hâte son domicile, pour se munir de quelques instruments, et se dirigea vers le château de Charlottenbourg, en compagnie de son assistant, le docteur Bramann.

Il fut reçu par le docteur Wegner, qui lui apprit que la nuit avait été mauvaise, que dans la matinée le prince avait eu de l'oppression, que la gêne respiratoire avait diminué après enlèvement de la canule, que ce mieux avait persisté après introduction d'une nouvelle canule. Dans l'antichambre du malade, M. Mackenzie était occupé avec un ouvrier d'une fabrique d'instruments de chirurgie, à la confection d'une canule en plomb, incurvée de manière à pouvoir être introduite profondément dans la trachée. M. von Bergmann présenta une canule qui réalisait cette condition, et, d'un commun accord, il fut convenu que cet instrument serait utilisé. Une fois introduit dans la chambre du malade, M. von Bergmann trouva l'empereur en imminence d'asphyxie. Il jugea qu'il n'y avait plus de temps à perdre ; il demanda et obtint de M. Mackenzie l'autorisation d'introduire la canule. Le pourtour de la plaie, recouvert d'excroissances et de tissu gangrené, était dans un état tel qu'il était à prévoir que l'introduction ne réussirait pas. C'est ce que M. von Bergmann fit préalablement remarquer à M. Mackenzie, et il ajouta qu'en cas d'insuccès, il faudrait dilater l'ouverture de la plaie, en se servant d'un bistouri boutonné, et en maintenant les bords de la plaie écartés au moyen de crochets mousses. M. Mackenzie tomba d'accord avec M. von Bergmann sur tous ces points.

Les tentatives faites pour introduire la canule échouèrent. M. Mackenzie maintenait la tête du malade, M. Bramann s'était emparé des crochets mis en place, puis M. von Bergmann introduisit dans le cratère formé par la plaie, un doigt préalablement désinfecté avec de l'acide phénique. Il débarrassa le trajet des fongosités qui obstruaient, et ayant atteint l'ouverture trachéale, il fixa un crochet à ce niveau. Puis M. Bramann parvint à introduire une canule un peu moins incurvée que les précédentes, celle-là même qui avait servi après la trachéotomie pratiquée le 9 février. Aussitôt, l'empereur se mit à respirer librement, et il manifesta sa satisfaction par un serrement de main cordial. L'hémorrhagie avait été modérée ; M. von Bergmann affirme qu'il ne s'est écoulé dans la trachée ni sang, ni matière putride provenant du larynx. Après cette intervention, qui dura tout au plus quelques minutes, l'expectoration reprit les mêmes caractères que précédemment.

Après son récit, M. von Bergmann accuse MM. Mackenzie et Hovell d'avoir donné de cet incident une relation erronée.

M. Mackenzie aurait prétendu qu'il n'avait fait mander le chirurgien allemand que par politesse, que M. von Bergmann s'était imposé pour l'introduction de la canule, et que la manipulation n'avait pu être menée à bonne fin que par M. Bramann, etc., etc. Après une défense en règle contre ces accusations, M. von Bergmann rappelle que, sur sa demande, l'impératrice Victoria le releva de ses fonctions de médecin consultant, pour le remplacer par le professeur Bardleben.

IV. Le rapport de M. Bardleben donne le récit des principaux incidents qui ont marqué l'évolution de la maladie de l'empereur Frédéric III, du 30 avril jusqu'au 15 juin, jour du décès.

Nous ne relèverons que ce détail, c'est que, dès les premiers jours de son entrée en fonction, M. Bardleben ne rencontra personne, parmi les médecins de l'impérial malade, qui mit en doute l'existence d'un cancer du larynx.

X. Le corps de l'empereur défunt fut embaumé par les soins du spécialiste bien connu Wickersheimer.

Sur l'ordre de l'empereur Guillaume II, injonction fut faite à MM. Morell Mackenzie et Howell d'expliquer, avant l'autopsie, ce pour quoi ils avaient tenu secrète la maladie à laquelle avait succombé l'empereur Frédéric.

Voici la traduction textuelle des déclarations des médecins anglais :

« Selon mon opinion, la maladie à laquelle a succombé l'empereur Frédéric III était un cancer. Le processus morbide a débuté vraisemblablement dans les tissus profonds, et la charpente cartilagineuse du larynx a été affectée dès les premiers débuts. Une petite excroissance que je découvris lors du premier examen de l'empereur défunt, a été enlevée par moi au moyen de différentes opérations intra-laryngées, et, quoique toutes les particules enlevées par moi aient été remises au professeur Virchow, celui n'a trouvé à l'examen d'aucune d'elles une preuve de l'existence d'un cancer. Toutefois, l'examen des matières expectorées, pratiqué par le professeur Waldeyer dans les commencements du mois de mars, a conduit ce pathologiste à croire qu'on avait affaire, à ce moment-là, à un cancer. Il est impossible d'établir si la maladie a été cancéreuse à son origine ou si elle n'a revêtu un caractère de malignité que quelques mois après sa première apparition. Le fait comme quoi la périchondrite et la carie des cartilages ont pris une part active et importante au développement de la maladie a certainement beaucoup contribué à rendre impossible à se faire, jusque dans les derniers temps, une opinion exacte sur la nature de la maladie.

« MORELL MACKENZIE. »

« En tant que mes observations faites depuis le mois d'août précédent me permettent de me former une opinion, je me rallie entièrement aux vues de M. Morell Mackenzie.

« T. MAX HOWEL. »

L'autopsie de l'empereur défunt fut faite le 16 juin, en présence de MM. Morell Mackensie, Howell, von Wegner, Bardleben, Leuthold, von Bergmann, Bramann, Virchow et Waldeyer. Ces deux derniers ont résumé dans les termes suivants les résultats de l'examen nécroscopique des organes intéressés par l'affection cancéreuse :

« Destruction cancéreuse du larynx, avec participation secondaire d'un ganglion lymphatique volumineux, situé en bas et du côté gauche du cou, et avec une nodosité cutanée située à droite, à côté de la plaie. Œsophage intact.

« Destruction gangréneuse de la partie supérieure de la trachée et des parties avoisinantes. Nombreuses bronchiectasies avec contenu putride ; foyers bronchopneumoniques en voie de suppuration et de gangrène. »

Le procès-verbal d'autopsie a été signé par toutes les personnes sus-nommées.

Le mémoire se termine par un rapport des professeurs Virchow et Waldeyer sur les résultats de l'examen histologique des préparations anatomiques provenant du cadavre de l'empereur défunt. Ces résultats peuvent se résumer dans ces quelques mots : dégénérescence cancéreuse du larynx, du ganglion lymphatique et de la nodosité désignée ci-dessus ; pas de cellules cancéreuses dans les foyers pulmonaires.

Les documents que nous venons d'analyser ont eu, cela est manifeste, pour but principal sinon exclusif, de faire peser sur M. Morell Mackenzie la responsabilité de la fin prématurée de l'empereur Frédéric III.

Il appartient à M. Mackenzie seul de répondre aux attaques dirigées contre sa valeur professionnelle.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme, par le docteur DERVILLE.

Des recherches et des observations de M. Derville, il résulte que la question de la transmissibilité de la tuberculose par la voie génitale n'est pas nouvelle dans la science.

Depuis de nombreuses années, une foule de médecins ont étudié cet intéressant sujet. Mais c'est surtout dans ces derniers temps que les recherches se sont multipliées.

M. le docteur Derville, qui a recherché bien souvent le bacille de Koch, dans les sécrétions vaginales, chez des femmes ayant des écoulements suspects, l'a trouvé très souvent. Ce résultat est d'ailleurs confirmé par les assertions de bon nombre d'auteurs, parmi lesquels M. Derville cite Brouardel, Hegar, Cornil et Babes. Et, ajoute-t-il, si bien souvent on ne le rencontre point, ce n'est pas qu'il manque, à coup sûr, mais parce qu'il est le plus souvent très dilué et difficile à rencontrer dans le champ du microscope.

Devant cette fréquence du bacille tuberculeux dans les organes génitaux de la femme, M. Derville se demande quelles peuvent en être les origines. La transmission par l'air atmosphérique ne lui semble pas très probable, non plus que la contagion par les objets : seringue, canule, etc., qui peuvent servir aux femmes pour les soins de propreté ou les besoins médicamenteux. Par contre, il ajoute beaucoup plus de crédit à l'opinion qui voit dans le sperme la véritable voie d'infection tuberculeuse, soit que ce sperme vienne d'organes génitaux franchement envahis par le bacille de Koch, ou au contraire d'individus dont toutes les manifestations tuberculeuses tiennent à des signes thoraciques ou péritonéaux peu avancés.

A l'appui de sa thèse, M. le docteur Derville cite plusieurs observations, dont quelques-unes sont empruntées à M. le docteur Fernet et d'autres personnelles à l'auteur.

De tous ces faits, l'auteur conclut que la tuberculose générale est fréquente chez la femme, qu'elle peut être la pre-

mière manifestation de la maladie qui de là pourra envahir le péritoine, la plèvre et le poumon. Aussi, pour prévenir tous ces dangers, M. le docteur Derville vit avec les plus grands soins de propreté et une hygiène des mieux conduites, soit dans les rapports sexuels, soit dans les lavages et les attouchements nécessaires de chaque jour.

DE LA TOUX UTÉRINE, par PAUL MÜLLER. (Thèse de Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Ce travail constitue une assez bonne étude de cette question et contient un certain nombre d'observations personnelles qui sera utile à consulter quand on voudra faire une monographie complète des toux réflexes.

Tantôt la toux utérine est physiologique : c'est quand elle est liée à la menstruation, à la ménopause ou à la grossesse; tantôt elle est pathologique et devient un des symptômes d'une métrite on d'une lésion utérine quelconque. Toujours sa pathogénie reste obscure. Comme elle survient souvent chez des femmes qui n'ont jamais présenté d'accidents hystériques, il est difficile d'en faire uniquement un symptôme de cette névrose. Elle diffère du reste de la toux dite hystérique. Son pronostic n'est pas grave, car ce n'est que dans des cas très rares que sa fréquence finit par épuiser la malade, mais son diagnostic est important, afin d'éviter de le différencier de la toux de la tuberculose. Elle ne reconnaît pas de traitement spécial et ne disparaît qu'avec la cause qui lui a donné naissance.

DE L'ÉTIOLOGIE HÉRÉDITAIRE DE LA PARALYSIE FACIALE DITE « A FRIGORE », par DANIEL JUNIN. (Thèse de Paris, 1888.)

Quand on se trouve en présence d'une paralysie faciale de cause indéterminée, on dit presque toujours qu'elle est provoquée par le froid, bien que cette influence du froid ne soit pas souvent très certaine elle-même. Dans un grand nombre de cas, cette action du froid ne paraît pas fondée, et si l'on étudie attentivement le malade, on s'aperçoit très fréquemment que l'arthritisme et le nervosisme occupent une large place dans ses antécédents.

On devra donc, à l'avenir, tenir le plus grand compte du rôle joué par cette prédisposition dans la genèse de la paralysie faciale, et, quand le refroidissement sera évident, on ne le considérera pas comme cause première, mais bien comme cause occasionnelle, déterminant la paralysie chez un sujet mis en état de réceptivité morbide par ses antécédents. Elle peut donc être rattachée au groupe des accidents d'origine neuro-pathologique, et considérée comme une des manifestations de la diathèse nerveuse.

DE LA RÉVULSION DANS LES TROUBLES MÉDULLAIRES « A FRIGORE », par H. LEFÈVRE. (Thèse de Paris, 1888.)

Ce travail est basé sur onze observations où des accidents médullaires, causés par l'impression vive du froid, furent arrêtés par le traitement révulsif. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Le froid peut produire des troubles médullaires qui ont pour premier stade la congestion, pour second la phlegmasie et pour terminaison la désorganisation. La thérapeutique a dans la révulsion une arme puissante, contre la congestion principalement. L'application de la révulsion doit être très énergique, très rapide et consister en ventouses scarifiées, vésicatoires, pointes de feu, etc.

Comme on le voit, ces conclusions n'ont rien de bien nouveau, et personne ne les avait attendues pour faire de la révulsion énergique contre les troubles médullaires *a frigore*.

Dr GEORGES LEMOINE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

L'ANNÉE MÉDICALE 1887.

Le docteur Bourneville vient de faire paraître, chez MM. Lecrosnier et Babé, le dixième tome de l'*Année médicale*. Cette publication, commencée en 1878, obtient auprès du public auquel elle s'adresse un succès qui ne se dément pas. Elle est en effet d'une utilité très réelle pour les médecins et les élèves qui, sans perte de temps et sans peine, trouvent ainsi résumés en un petit nombre de pages les principaux progrès réalisés pendant l'année dans le domaine des sciences médicales.

Les collaborateurs du volume de 1887 sont MM. P. Loye, pour l'anatomie et la physiologie; Capitan, pour la pathologie générale; Brissaud et Œttinger, pour les maladies des voies respiratoires; Comby, pour les maladies du cœur et des reins; D. Aigre, pour les maladies de l'estomac et du foie; Marie et Guinon, pour les maladies du système nerveux; Kéraval, pour la psychiatrie; Josias, pour la médecine légale; Plique, pour les maladies de l'enfance; Tavernier, pour la dermatologie; Baudin, pour la chirurgie; Malherbe, pour les affections des voies urinaires; Baratoux, pour les maladies de l'oreille; Poncet, pour l'ophthalmologie; Maygrier, pour l'obstétrique et la gynécologie; Cruet, pour l'odontologie; Bottez, pour la thérapeutique; Vigouroux, pour l'électrothérapie; Delfau, pour la climatologie et l'hydrologie médicale. Enfin, dans une intéressante revue, Gilles de la Tourette énumère et discute les différentes réformes proposées ou accomplies récemment dans l'enseignement officiel, dans les services de l'Assistance publique et dans le corps de santé de l'armée.

A. P.

NOTES & INFORMATIONS

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois de juillet dernier, 111 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

26 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement;

71 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire;

14 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Personnes mortes de rage dans le cours du traitement. — Mme Sarazin (Julie), de Saint-Maurice (Suisse), 44 ans, mordue le 1er juillet 1888. Région temporale droite, deux fortes morsures. Une autre morsure, siégeant plus haut sur le crâne, soulève la peau sur une étendue de 6 centimètres en longueur sur 5 centimètres de largeur; le lambeau ainsi séparé est sphacélé; il fallut l'exciser le 6 juillet. L'os est à nu. Les blessures ont été pansées à l'acide phénique. Au poignet droit, deux morsures ayant saigné; ces deux morsures ont été cautérisées au crayon de nitrate d'argent.

La tête du chien mordeur a été remise au laboratoire, le 6 juillet, avec la matière nerveuse; on a inoculé un cobaye dans

la chambre intérieure de l'œil, et deux cobayes sous la peau. Le premier a été pris de rage le 18 juillet; les deux autres le 27 juillet.

Mme Sarazin a été mise en traitement le 4 juillet. Le 24 juillet, elle est énervée et son attitude est changée. Le 25, elle éprouve des palpitations de cœur et des douleurs à la tête. Le 26 et le 27, elle a des vertiges, des maux de tête et des envies de vomir. Le 31 juillet, oppression, vomissements, etc.

La malade meurt à l'hôpital Broussais, dans la nuit du 3 au 4 août.

Le bulbe est inoculé par trépanation à deux lapins, qui sont pris de rage le 18 août, quatorze jours après l'inoculation.

Guers (Joseph), 27 ans, de Cbelles (Seine-et-Marne). Mordu le 13 juillet 1888, à la lèvre supérieure, côté gauche. Quatre morsures, dont l'une très forte, à l'union de la peau et de la muqueuse; trois autres pénétrantes, au-dessus de celles-ci, ont beaucoup saigné; elles ont été lavées à l'eau phéniquée, quatre heures après.

La tête du chien mordeur a été remise au laboratoire le 16 juillet. Un cobaye inoculé dans la chambre antérieure de l'œil a été pris de rage le 3 août.

Guers a été en traitement le 16 juillet. Dans les derniers jours de juillet, la famille de Guers remarqua un changement profond en lui; il est triste, il a des maux de tête, et fréquemment il se frotte la lèvre mordue avec les mains. Le 5 août, il vomit, se plaint de douleurs à la tété. Le 6 août, hydrophobie et excitation. Le 7 août, il est transporté à l'hôpital Necker; il présente une rage convulsive caractéristique; il est mort le 8 août.

Labeaume (Ferdinand), 37 ans, ouvrier agricole de Chatenay (Seine). Mordu le 29 mai par un chat inconnu, dans la pulpe de la deuxième phalange du médius droit; deux morsures fortes. Labeaume ne pouvait pas faire lâcher prise au chat, qui a été tué aussitôt. Ces morsures ont saigné; elles sont profondes. Elles n'ont pas été cautérisées.

Le chat mordeur est apporté au laboratoire; avec sa matière du bulbe, on inocule un cobaye dans la chambre intérieure de l'œil; ce cobaye est pris de rage douze jours après.

Labeaume, mis en traitement le 30 mai, quitte l'Institut le 2 juin, sans prévenir. Il revient le 14 juin, parce qu'il éprouve de vives douleurs dans le bras mordu, et qu'il a des maux de tête. On reprend les inoculations; mais, malgré elles, Labeaume continue à souffrir dans le bras mordu et dans la tête. Les élancements partent de la blessure; il n'a pas de sommeil, son attitude est modifiée, il écrit sans cesse des notes sur ce qu'il ressent. Il part le 29 juin, et on apprend qu'il a succombé à la rage convulsive dans les premiers jours de juillet, à l'hôpital de Versailles.

Personnes traitées mortes de rage. — Villemain (Pierre), 31 mois, Marseille, mordu le 9 mai : 1o A la lèvre supérieure, sur la muqueuse, une morsure; 2o à la lèvre inférieure, sur la muqueuse, une morsure; 3o à la narine gauche, une morsure; la dent a pénétré dans la cavité nasale; 4o à la joue gauche, deux morsures. Toutes ces blessures sont pénétrantes et ont saigné; elles ont été lavées à l'arnica un quart d'heure après. D'après les renseignements recueillis par le docteur Livon, le chien mordeur était enragé.

Villemain a été traité du 14 mai au 9 juin. Il serait mort de rage le 23 juin. Les accidents rabiques auraient commencé le 18 juin (neuf jours après la fin du traitement), par de l'anxiété, une difficulté pour boire et de l'insomnie. Les renseignements ont été recueillis près de la famille par le docteur Livon.

Ducos (Mathieu), 28 ans, mineur à Saint-Jean-Bonnefond (Loire) mordu le 16 juin 1888 par un chat à l'extrémité de l'annulaire droit, dans la pulpe et en arrière de l'ongle, trois morsures ayant saigné; elles ont été cautérisées à l'alcali une heure après. Le chat a été reconnu enragé par un vétérinaire. Ducos a été traité du 20 juin au 7 juillet.

Le 16 juillet, après avoir été exposé à la pluie, il ressent de l'engourdissement dans le bras mordu. Les douleurs sont surtout vives au niveau du poignet et du deltoïde. Le malaise général augmente dans la nuit du 19 au 20, après avoir éprouvé une rémission le 19.

Entré à l'hôpital de Saint-Etienne le 20 juillet, on observe de la gêne respiratoire, le bras est toujours engourdi, sa force musculaire est affaiblie. La sensibilité est normale; hydrophobie, aérophobie, crises de fureur, hallucinations, sputation. Mort le 3 juillet. (Observation du docteur Cénas et de M. Perré, interne du service).

Des lapins inoculés par trépanation avec le bulbe de Ducos sont pris de rage le seizième jour.

Mesnil (Lucien), 44 ans, de Châtenay (Seine), mordu le 25 mars 1888 par un chat, à l'index droit qui porte sept morsures, dont cinq profondes. Elles ont été cautérisées au fer rouge six heures et demie après par un médecin. Le chat mordeur appartenait à Mesnil; il ne mangeait plus depuis le 22, se jetait sur les chiens et les volailles. A l'autopsie, l'estomac contenait de la paille.

Mesnil a été traité du 26 mars au 12 avril.

Dans le mois de juillet, douleurs au niveau des morsures.

Le 24 juillet, engourdissement dans le bras mordu et dans le bras sain, avec sensation de froid. Le 26 juillet, insomnie, malaise général. Le 27, gêne de la respiration, difficulté d'avaler. Le 28, hydrophobie et spasmes respiratoires, agitation. Mort le 30 juillet. Soigné par le docteur Dauzats.

(BULLETIN MÉDICAL.)

—Le 65e Congrès annuel des médecins et naturalistes allemands aura lieu à Cologne du 18 au 22 septembre.

R. F. D.

NOUVELLES

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE DE FRANCE. — Dans sa séance du 27 août, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions d'un rapport de M. Pouchet contre l'emploi de l'acide benzoïque pour la conservation des substances alimentaires.

Le Comité, considérant que les substances ayant des propriétés antiseptiques sont nuisibles à l'évolution normale des actes digestifs, et que l'addition aux substances alimentaires de produits antifermentescibles, quelle qu'en soit la nature, est irrationnelle au point de vue de la nutrition et, en outre, capable d'occasionner un préjudice plus ou moins grave au bon et régulier fonctionnement de l'appareil digestif, a émis l'avis que l'emploi de l'acide benzoïque ne saurait être toléré pour la conservation de la bière ou d'autre substance alimentaire.

Le Comité a adopté également les conclusions d'un rapport de M. Dubrisay sur le capsulage des bouteilles de lait, tendant à l'interdiction de capsules métalliques contenant du plomb.

HOMMAGE AUX MÉDECINS DE L'EMPEREUR DU BRÉSIL. — La Chambre municipale de Rio-de-Janeiro a décidé de provoquer une souscription dans le but d'offrir un présent au docteur Charcot, ainsi qu'aux deux médecins italiens qui ont soigné l'empereur du Brésil à Turin.

DOCTEURS EN MÉDECINE REÇUS PAR LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES pendant l'année scolaire 1886-1887. — Les vingt Universités allemandes (il ne s'agit que de l'empire allemand), ont reçu, en 1886-1887, 847 docteurs en médecine. L'année précédente (1885-1886), elles avaient délivré 689 diplômes. En France, les six Facultés de médecine avaient reçu 546 docteurs en 1885-1886 et 624 en 1886-1887.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 26 AOUT AU SAMEDI 1er SEPT. 1888.

Fièvre typhoïde 17.— Variole 2.— Rougeole 14.— Scarlatine 1. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 14 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phtbisie pulmonaire 173.— Autres tuberculoses 18. — Tumeurs : Cancéreuses 36. — Autres 3. — Méningite 21. — Congestion et hémorr. cérébrales 39. — Paralysie 4.— Ramollissement cérébral 4.— Maladies organiques du cœur 31.— Bronchite aiguë 16. — Bronchite chronique 24. — Broncho-pneumonie 14.— Pneumonie 19. — Gastro-entérite : Sein 51. — Biberon 131. — Autres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 2. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 14. — Sénilité 20. — Suicides 11. — Autres morts violentes 14. — Autres causes de mort 144. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine: 853 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'hystérie alcoolique, par le docteur Ferdinand Dreyfous. Un volume in 8o de 26 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine.

Manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière, publié par le docteur Bourneville, médecin de Bicêtre, directeur des écoles municipales d'infirmières, avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, C.-H. Petit, Vendol, P. Regnard, Sevestre et P. Yon. Cet ouvrage, adopté par les écoles départementales et municipales d'infirmiers et d'infirmières du département de la Seine et de Paris, est divisé en trois volumes dont les titres suivent : Tome I : Anatomie et physiologie. — Prix : 2 francs. — Tome II : Pansements. — Prix : 3 fr. 50. — Tome III : Femmes en couches, Médicaments. Petit dictionnaire.—Prix : 2 francs.— Les trois volumes réunis : 5 francs. — Troisième édition, revue et augmentée.— Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

Les irresponsables devant la justice, par M. A. Riant, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume in 16 de 306 p.— Prix : 3 fr. 50.— Paris, 1888, Bibliothèque scientifique contemporaine.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par le docteur P. Durey-Comte. Un volume in-8o de 127 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin consultant à la Bourboule. Nouvelle édition. — 1 vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

La folie chez les enfants, par le docteur Paul Moreau (de Tours).—Un volume in-16 de 144 pages, de la Bibliothèque scientifique contemporaine. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance de la commission d'hygiène hippique et publié par ordre du Ministre de la Guerre, 2e série, t. XII. Un volume in-8o de 500 pages avec une planche hors texte —Paris, librairie militaire de L. Baudoin et Cie, 30, rue et passage Dauphine.

Sur la pathogénie des accidents nerveux, consécutifs aux explosions du grisou, par le docteur Gaudin. In-8o.—Prix : 2 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction : 53**, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

BACTÉRIOLOGIE

UNE NOUVELLE BACTÉRIE PYOGÈNE ET SON ROLE DANS L'INFECTION URINAIRE, par MM. ALBARRAN et HALLÉ. (1)

I. — *Recherches anatomo-pathologiques.*

Les urines des malades dits urinaires, presque toujours acides au moment de l'émission, variables d'aspect, contiennent des micro-organismes divers. Parmi ceux-ci, il en est un dont la fréquence et l'abondance attirent immédiatement l'attention. C'est une bactérie mobile à bouts arrondis, de dimensions très variables, mais habituellement courte et épaisse, facile à voir et à colorer. Cette bactérie se cultive aisément sur la gélatine peptone sans produire la liquéfaction, et sur les différents milieux usuels.

Les urines habitées par ce micro-organisme sont toujours purulentes, mais à des degrés divers.

Sur 50 urines pathologiques (rétrécis, prostatiques, cystites, pyélo-néphrites) prises aseptiquement dans la vessie et soumises à l'examen, la présence de cette bactérie a pu être constatée 47 fois. 35 de ces urines ont été étudiées par les divers procédés de culture : 15 d'entre elles contenaient la bactérie à l'état de pureté. Dans les 29 autres cas, elle était associée à d'autres micro-organismes.

Parmi les urines bactériennes pures, trois provenant de malades atteints de cystite simple, sans lésions rénales, cystite spontanée, et pour laquelle on ne pouvait invoquer d'autre cause que la présence même de ce micro-organisme.

Sur des coupes d'une vessie atteinte de cystite, nous avons pu constater la présence de la bactérie seule dans les parois de l'organe.

Dans soixante-dix-neuf autopsies d'urinaires, la bactérie fut constatée soixante-dix-huit fois dans les urines du bassinet, pure ou associée, des deux côtés ou d'un seul.

Dans un cas de pyo-néphrose, traité par l'incision, la bactérie existait seule dans le pus du bassinet.

(1) Travail présenté par M. le professeur Guyon, à l'Académie de médecine (séance du 21 août dernier).

Des recherches de contrôle nous ont démontré que, chez des sujets indemnes d'affection des voies urinaires, les urines de la vessie aseptiquement recueillies pendant la vie, celles du bassinet recueillies à l'autopsie, étaient pures de tout micro-organisme.

Ces premières constatations simples, relatives aux urines, permettent de penser qu'une bactérie, si fréquemment présente et si souvent seule dans les urines pathologiques, exerce quelque influence pathogène sur l'appareil urinaire.

Cette induction est appuyée par l'étude des abcès urineux.

Dans trois abcès urineux, dont deux périuréthraux et un périnéphrétique, le pus contenait seulement la bactérie, à l'état de pureté.

Voici donc trois cas d'abcès où l'on pouvait s'attendre à rencontrer les microcoques ordinaires des suppurations, et dans lesquels la bactérie existait seule. On peut donc penser légitimement qu'elle a été l'agent de la production de ces abcès, qu'elle est un véritable organisme pyogène.

Ce rôle pyogène est bien démontré par l'étude des lésions des reins des urinaires.

Sur seize autopsies, douze fois on a constaté la présence d'abcès miliaires siégeant dans un seul ou les deux reins. Dans quatre cas il s'agissait d'une néphrite diffuse sans collection purulente. Sur les douze observations d'abcès miliaires, on a constaté que cette bactérie existait seule dans ces abcès, à l'exclusion de tout autre microorganisme.

Deux fois l'autopsie a été tardive, et quoiqu'à l'examen sur lamelles, la bactérie semblât exister seule, les cultures ont présenté une liquéfaction secondaire due à la présence de microcoques associés à la bactérie.

Dans quatre autopsies où les reins ne présentaient pas d'abcès miliaires visibles à l'œil nu, mais les lésions de la néphrite diffuse, on put constater la présence de l'organisme à l'état de pureté dans le parenchyme du rein. Même constatation dans le tissu rénal intermédiaire aux abcès, dans le cas de néphrite suppurée. En un mot la bactérie infiltre en entier tous ces reins.

Les résultats de cette bactériologie du parenchyme rénal altéré, méritait de fixer l'attention. Dans ces cas, si l'urine des bassinets peut contenir plusieurs variétés de microbes, dans les reins, on n'en rencontre plus qu'un seul, la bactérie pyogène, produisant tous les degrés des lésions. Elle seule paraît trouver dans ce parenchyme un terrain favorable : elle y pénètre à l'exclusion des autres, et y prolifère, exerçant sur tous les éléments de la glande son action pathogène.

Chez les malades dont les urines contiennent la bactérie pyogène, on peut voir rapidement survenir à la suite d'interventions opératoires, même légères, sur les voies urinaires, des accidents infectieux suraigus, frisson, fièvre, dyspnée, suivis de mort dans un court espace de temps.

Nous avons observé deux de ces cas foudroyants. La bactérie existait à l'état de pureté dans l'urine: la mort survint en moins de quarante heures à la suite de l'uréthrotomie. Dans ces deux cas où les lésions rénales débutaient, le parenchyme des reins, le sang, le foie, la rate contenaient à l'état de pureté la bactérie infectieuse.

Dans des cas d'infection fébrile *à marche plus lente* et suivis de mort, le sang recueilli à l'autopsie rapide a donné 4 fois une culture pure de la bactérie sur 6 examens : quatre fois sur six également la rate contenait la bactérie à l'état de pureté. Le foie n'a fourni la culture pure qu'une fois sur quatre ensemencements.

Les cultures du sang, recueilli pendant la vie, dans dix cas d'infection urineuse fébrile, pendant ou après l'accès, sont toujours restées stériles.

Nous n'avons pas fait de ponction pour l'examen de la rate sur le vivant.

Cette série de constatations anatomo-pathologiques relatives aux urines purulentes, aux inflammations suppuratives de l'appareil urinaire, aux abcès urineux, aux lésions rénales, à l'infection urinaire généralisée, conduit à la conception générale suivante :

La bactérie pyogène, presque toujours présente dans les urines purulentes, peut, à elle seule, causer les inflammations suppuratives de la vessie, de l'uretère et du bassinet, et les abcès péri-urinaires. A elle seule elle peut déterminer les diverses lésions de la néphrite infectieuse des urinaires, néphrite congestive suraiguë, néphrite diffuse, néphrite suppurée, abcès miliaires. Cette bactérie, sortant de l'appareil urinaire infecté pour pénétrer dans la circulation générale, cause une infection à forme fébrile de type et de gravité variables (fièvre urineuse).

II. — *Preuves expérimentales.*

L'expérimentation sur les animaux est venue confirmer la légitimité de cette conception.

Cystites. — L'injection simple de la culture de la bactérie pyogénique dans la vessie du lapin à l'aide de la sonde ne provoque pas la cystite.

La même opération, suivie de ligature temporaire de la verge, laissée en place de vingt-quatre à trente-six heures, détermine au contraire une cystite intense : les urines sont troublées par du pus, des sédiments abondants et par la pullulation de la bactérie qu'elles contiennent en culture pure.

La même cystite bactérienne pure peut être provoquée par l'introduction d'un fragment de moelle stérilisé, imbibé de culture.

Le lésions vésicales et les caractères de l'urine sont tout différents à la suite de la ligature simple de la verge, ou de la taille aseptique, suivie de l'introduction d'un corps étranger stérilisé.

Notons, en passant, l'influence capitale de la rétention, s'ajoutant à l'inoculation septique pour produire la cystique.

Pyélonéphrite. — Nous n'avons pas observé jusqu'à ce jour les lésions de la pyélonéphrite ascendante, à la suite des cystites bactériennes expérimentales. Nos animaux ont été sacrifiés d'ailleurs dans un très court délai.

Ces lésions sont au contraire très faciles à produire par l'injection de la culture dans l'uretère, suivie de la ligature de ce conduit.

La ligature aseptique de l'uretère, deux fois pratiquée pour contrôle, n'a produit que la simple dilatation.

Phlegmons et abcès. — L'inoculation de la culture dans le tissu cellulaire sous-cutané provoque habituellement un abcès localisé, à marche lente, abcès dont le pus est entouré d'une épaisse paroi indurée, caractères qui se rapprochent de ceux que présentent chez l'homme les abcès urineux.

D'ailleurs, au voisinage des lésions bactériennes expérimentales de l'appareil urinaire, nous avons observé dans le tissu cellulaire des inflammations phlegmoneuses et suppuratives de même nature.

Dans le pus de toutes ces variétés d'abcès, la bactérie fut retrouvée à l'état de pureté plus ou moins abondante, suivant l'âge des abcès, rare dans les abcès anciens.

Deux fois chez le cobaye, trois fois chez la souris, l'inoculation dans le tissu cellulaire prodmisit l'infection générale avec mort de l'animal.

L'inoculation dans les cavités séreuses, produit une inflammation locale et la mort par infection générale.

Il existe souvent des congestions et même des ecchymoses viscérales.

Chez tous les animaux, nous avons retrouvé la bactérie pyogène à l'état de pureté dans les lésions locales, le sang et les viscères, particulièrement dans les reins. Les urines vérifiées à l'autopsie contenaient toujours la bactérie.

L'infection généralisée peut succéder spontanément aux lésions bactériennes expérimentales de l'appareil urinaire. Elle s'est produite chez deux lapins atteints de pyélonéphrite suppurée, suite d'injection uretérale. Tous deux présentaient des lésions avancées du rein du côté opposé.

L'injection de la culture dans le lapin a produit la mort par infection générale dans un cas, néphrite bactérienne dans un autre.

Nous avons donc reproduit chez les animaux par l'inoculation de la culture pure de la bactérie pyogène, toutes les lésions infectieuses, reconnues bactériennes chez nos urinaires.

Au cours de ces expériences, nous avons observé pour le même organisme, mais provenant de différents malades, et de lésions différentes, des variations de virulence. Telle de nos sources s'est montrée dès le début extrêmement virulente, produisant à coup sûr l'infection rapide. Telle autre n'a réussi à produire l'infection mortelle chez le cobaye qu'après le passage par l'organisme de la souris. Ces variations de virulence, dont la cause intime nous échappe, expliquent pour nous quelques résultats négatifs. Ils nous permettent de comprendre pourquoi des malades infectés par le même organisme, peuvent présenter des accidents urineux bactériens de gravité si différente.

Ces résultats expérimentaux, rapprochés des constatations anatomo-pathologiques, nous permettent de poser les conclusions suivantes :

« La bactérie, qui fait l'objet de cette étude, est un organisme pyogène infectieux.

« Habituellement, et souvent seule présente, dans les urines purulentes, elle suffit à produire les inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine et les abcès urineux.

« Agissant sur le rein, elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée, soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal (néphrite ascendante),

soit qu'apportée par le sang elle se localise secondairement dans la substance corticale.

« Pénétrant dans le sang, elle provoque des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvents mortels. »

Ces conclusions conduisent nécessairement à une double déduction pratique; asepsie rigoureuse des opérations pratiquées sur les voies urinaires et surtout du cathétérisme, voie certaine d'introduction du microorganisme dans la vessie; examen bactériologique des urines, préalable à toute opération sanglante sur les voies urinaires. On trouvera souvent dans cet examen un élément pronostic sérieux, et l'indication d'un traitement antiseptique préparatoire.

Nous ne voulons pas dire que cet organisme soit seul capable de produire les inflammations suppuratives des voies urinaires ou l'infection générale qui prend sa source dans cet appareil malade.

Nous avons constaté expérimentalement chez le lapin, dans deux cas, la pyonéphrose et la néphrite suppurée produite par des microcoques à la suite de ligatures septiques de l'uretère. Dans un de ces cas, il existait des lésions secondaires dans le rein, du côté opposé.

Chez l'homme, d'ailleurs, nous avons obtenu un cas d'infection générale à streptocoques, consécutive à une prostatite suppurée avec phlébite péri-prostatique causée par cet organisme.

Ce cas, tout-à-fait exceptionnel, s'éloigne d'ailleurs du cadre ordinaire des accidents urineux. Dans l'immense majorité des cas, l'infection urinaire doit être rapportée à la bactérie pyogène.

III. — *Rôle extra urinaire de la bactérie.*

M. Albarran a établir le rôle pyogénique infectieux que la bactérie pyogène peut jouer en dehors des voies urinaires.

La bacterie a pu être isolée et cultivée dans trois cas différents.

Dans un phlegmon post-puerpéral du ligament large, la bactérie a pu être reconnue dans le pus. Elle existait également dans un cas de pleurésie ossifiante avec abcès sous-pleuraux.

Enfin, M. Widal nous a fourni la culture d'une bactérie qu'il a rencontrée par exception à la place du streptocoque pyogènes dans un cas d'infection puerpérale et que nous avons reconnue être la bactérie pyogène.

Dans deux de ces trois observations, la bactérie parait avoir pénétré par les voies génitales. Nous ne pouvons faire aucune hypothèse sur la porte d'entrée de l'organisme dans le deuxième cas.

Ces trois observations démontrent que le rôle pyogène et infectieux de la bactérie est général et qu'elle peut exercer tous ses effets pathogènes en dehors de la participation de l'appareil urinaire. Elle l'exerce cependant d'une façon très particulière sur l'appareil urinaire et spécialement sur le rein.

IV. — *Biologie.*

Le bactérium pyogènes est un organisme polymorphe. C'est une bactérie à bouts arrondis. Jamais on ne lui voit la forme nettement sphérique du microcoque. Sa longueur est extrêmement variable, depuis l'ovoïde presque arrondi, jusqu'au filament allongé, elle se montre sous toutes les formes intermédiaires. Sous la forme bactérienne moyenne, elle mesure de 4 à 6 μ de longueur, pour 2 μ d'épaisseur. Elle est mobile dans ses petites formes.

Bactérie courte ou moyenne, rarement longue dans les urines, elle est souvent amincie et grêle dans les vieux abcès; de forme moyenne typique dans l'exsudat des séreuses, où on la voit pénétrer les globules blancs.

Elle se cultive sur les divers milieux usuels, gélatine-peptone, gélose simple ou glycérinée.

La culture par piqûre sur gélatine peptone est la plus caractéristique. Elle se fait également bien à la surface et dans la profondeur, sans jamais liquéfier. En surface, c'est une couche blanche, hyaline quand elle est très mince, d'un blanc laiteux opaque plus tard, tournant au jaune quand la culture est ancienne, parfois très exubérante.

En profondeur, la culture forme une tige blanche, continue si l'inoculation a été abondante, légèrement dentelée sur les bords. Si l'inoculation a été peu abondante, on voit se développer de petites colonies isolées, bien distinctes, parfois lenticulaires et atteignant un gros volume quand elles sont très peu nombreuses. La culture sur gélatine se développe bien à la température ordinaire du laboratoire, 10 à 25. A cette dernière température, elle apparaît rapidement dès le second jour, et se montre bien caractérisée le cinquième. La culture s'accroît pendant longtemps et reste vivante et active après des mois.

Sur les plaques de gélatine, on voit se développer de petites colonies rondes dans la profondeur, et qui arrivées à la surface, s'étalent avec l'aspect d'une goutte de bougie, atteignant rarement le volume d'une lentille; elles sont arrondies, à bords réguliers.

Mêmes caractères, moins tranchés, sur l'agar; développement très rapide, mais passager.

Sur pomme de terre, il se produit une belle culture pulpeuse plus ou moins visqueuse, exubérante, blanc jaunâtre, tournant tardivement au jaune brun.

La culture trouble d'abord uniformément le bouillon et l'urine, puis y forme ensuite un dépôt floconneux; tardivement, le liquide se clarifie en prenant une couleur foncée.

Les cultures anciennes, notamment celles sur bouillon et sur plaques de gélatine, ont une odeur fétide.

On observe habituellement le polymorphisme à un degré très accentué. Sur la gélatine et l'agar, on voit se produire toutes les formes : la forme ovoïde courte, forme bactérienne moyenne, enfin les filaments. Sur le bouillon et l'urine, les grandes formes sont rares; elles se produisent sur la pomme de terre.

Nous n'avons pas observé sûrement la formation des spores, très probable pourtant.

D'une manière générale, la réaction légèrement acide du milieu favorise le développement rapide de l'organisme sous sa petite forme, la réaction alcaline a l'effet inverse. Du fait de la culture, l'urine acide passe graduellement à la neutralité par la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque. Le développement de la culture en surface, et l'évolution normale de colonies isolées dans la profondeur de la gélatine laissent à penser qu'il s'agit d'un organisme à la fois aérobie et anaérobie.

Le bactérium pyogènes se colore très aisément par les couleurs d'aniline. Le procédé de Weigert réussit très bien à le colorer dans les coupes; il ne prend pas la coloration par la méthode de Gram.

Note biographique (résumée). — Parmi les auteurs qui ont étudié les lésions rénales microbiennes, Letzerich, Nykamp, Cornil et Babès, Babès, Rigal et Chantemesse ont vu des bacilles dans le tissu du rein.

Clado a isolé, des urines pathologiques, une bactérie septique dont il a fait le sujet de sa thèse inaugurale, et qui nous paraît être identique au bactérium piogènes, mais n'en a pas tiré des déductions concernant l'infection urinaire.

Berlioz paraît avoir vu dans un cas le même organisme dans l'urine, l'a isolé et a produit deux fois chez le lapin des néphrites en l'injectant dans le sang.

L'un de nous (Hallé) a isolé, en 1887, de l'urine, retrouvé dans les abcès miliaires des reins, le sang et les organes, la même bactérie, avec laquelle il a produit chez le cobaye la mort par infection générale.

Parmi les organismes pathogènes jusqu'ici décrits, quelques bacilles (saprogènes 2 et 3 de Rosenbach, le crassne sputigenus de Kreibohn, le pyogènes fœtidus, le pseudo-pneumonicus de Passet) se rapprochent, par quelques caractères, de la bactérie pyogène, objet de cette étude.

REVUE GÉNÉRALE

DES PORTES D'ENTRÉE DE LA TUBERCULOSE, par le docteur HENRI BARBIER, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir le numéro précédent.

IV

L'influence de la mère est donc plus importante. Le long séjour du fœtus dans le sein maternel, les rapports de nutrition, de circulation qui unissent l'organisme fœtal à l'organisme maternel, en rendent suffisamment compte. Je laisse de côté bien entendu l'action indirecte du père, qui peut tuberculiser la femme et secondairement l'enfant. Mais ceci sort de la question de porte d'entrée et n'est qu'un cas particulier du précédent. Resterait l'hypothèse dans laquelle la femme, du fait de sa cohabitation avec un mari tuberculeux, pourrait charrier dans son sang l'agent infectieux, qui, sans l'infecter elle-même, irait germer dans l'œuf en voie de développement? La chose peut se conserver, mais ce n'est qu'une hypothèse.

Il reste donc en fin de compte le cas d'une mère tuberculeuse, c'est le plus général. Comment alors se fait l'infection du produit de la conception?

Les recherches les plus récentes ont amené à admettre que c'est par *la voie placentaire* qu'elle se produit, et même elle ne peut se faire que si le placenta est altéré; en d'autres termes, *le passage des bacilles ne peut se faire à travers le placenta sain*, conformément à la loi qu'a posée *Wyssokowitch*, dans laquelle il dit que les micro-organismes ne peuvent passer dans les produits de sécrétion que s'il y a lésion glandulaire (Malvez). Les recherches de *Strauss* et *Chamberland* (1), *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas* (2), de *Koubassoff* (3), de *Fodor* (4) et celles plus récentes de *Neuhauss* (5) pour la fièvre typhoïde, ont montré le passage des agents infectieux de la mère au fœtus.

Mais, pour cela, une condition est nécessaire, c'est que le sang de la mère charrie et renferme l'agent infectieux. En est-il ainsi dans la tuberculose?

Firket (1), dans un travail très remarquable sur les conditions anatomiques de l'hérédité tuberculeuse, admet que, dans la phthisie vulgaire chronique, l'infection du sang n'est pas comparable à ce qu'elle est dans le charbon ou dans la syphilis. Dans plus de la moitié des cas, les signes anatomiques d'une infection bacillaire du sang font défaut. Lorsqu'elle se produit, ce n'est que d'une façon intermittente, ou bien il lui faut des conditions anatomiques spéciales, comme la tuberculose du canal thoracique (Ponfick) ou celle des gros vaisseaux (Weigert), et alors la conséquence nécessaire, c'est la tuberculose miliaire aiguë. La mère atteinte de phthisie commune ne serait donc pas dans des conditions constantes de transmission morbide. Ceci pourrait jusqu'à un certain point rendre compte de la rareté relative de la tuberculose congénitale. Mais enfin, lorsque le sang de la mère charrie des bacilles, l'infection ne peut se faire que par le placenta. Les bacilles passent dans les vaisseaux ombilicaux de l'enfant, et l'inoculation fœtale se fait alors dans certaines conditions anatomiques, comme nous l'avons vu plus haut.

Quant au placenta, dont la lésion serait l'intermédiaire obligé entre la maladie maternelle et l'infection de l'enfant, il ne s'est pas montré altéré dans un certain nombre de faits. *Jani*, dans un cas très remarquable, n'y a vu ni bacilles, ni tubercules. Par contre, *H. Martin* et *Landouzy* (2), *Karth* et *Charrin*, auraient eu des résultats positifs par *inoculation de placenta sans lésion matérielle appréciable*.

Restent à considérer maintenant les cas où la mère est atteinte de tuberculose du péritoine, ou des organes du petit bassin, ou d'une tuberculose utérine. Ici la science est pauvre en documents. Ce qu'on sait, c'est que, dans la race bovine, la tuberculose utérine n'empêche pas la conception, et que, dans ces conditions, la tuberculose du nouveau-né est exceptionnelle. Par contre, ce qui est fréquent, c'est l'*avortement* (Firket).

En résumé, ce qui ressort de cette revue un peu longue, c'est que la tuberculose des nouveau-nés n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement, et qu'il se fait chez beaucoup, pendant quelque temps, une évolution silencieuse de la maladie, jusqu'au moment de l'explosion d'accidents généraux ou thoraciques qu'on prend à tort pour le début réel de la tuberculose, et qu'en réalité beaucoup de tuberculoses du jeune âge sont dues à l'infection intra-utérine, soit du fait du père, soit, ce qui est plus fréquent, du fait de la mère.

Que la circulation placentaire semble jusqu'à nouvel ordre la voie suivie par l'agent infectieux, ainsi que semblent le prouver la localisation des granulations tuberculeuses sur le péritoine et leur confluence autour des viscères abdominaux. Enfin, que tout enfant, issu de parents tuberculeux est un suspect et doit être considéré comme étant toujours en imminence d'accidents de généralisation.

TUBERCULOSE DIGESTIVE.

C'est *Chauveau* qui le premier, en 1869, montra, par des expériences décisives, que l'infection de l'organisme peut se

(1) Société de Biologie, 1882.
(2) Académie des Sciences, 1882.
(3) Académie des Sciences, 1885.
(4) Von Fodor. DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1886.
(5) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1886.

(1) REVUE DE MÉDECINE, 1883.
(2) REVUE DE MÉDECINE, 1887.

faire par le tube digestif. Il fit avaler à des génisses saines de la matière tuberculeuse ; un mois après, elles étaient malades. A l'autopsie, on trouva les poumons farcis de tubercules et les ganglions mésentériques caséeux. *Viseur*, *Parrot*, à Paris, *Toussaint*, à Toulouse, vérifièrent plus tard ces résultats. *Gunter*, *Harmes*, sur des chèvres, *Aufrecht*, sur des lapins et des cobayes, *Klebs*, obtinrent également les mêmes effets en se servant de fragments de poumons tuberculeux. Depuis, la tuberculisation des animaux par la voie digestive est devenue une expérience de laboratoire courante, et l'on peut dire que la preuve expérimentale est acquise.

Mais toutes les parties du tube digestif ne sont pas également aptes à retenir l'agent nocif. On savait que l'œsophage est exceptionnellement atteint, que l'estomac l'est rarement, et que c'est surtout dans l'intestin que les lésions tuberculeuses d'entrée sont le plus considérables.

Pour l'œsophage, lieu de passage, on comprend que l'imprégnation ne puisse se faire ; pour l'estomac, on admettait que le suc gastrique empêchait la pullulation sur place, et que, enfin, l'effraction intestinale ne pouvait guère se faire par la muqueuse, si celle-ci était saine. Ces deux points ont été l'objet de recherches récentes.

Pour ce qui est de l'action du suc gastrique sur le bacille tuberculeux, M. Wisener avait déjà institué une série de recherches tendant à prouver son peu d'action sur le bacille tuberculeux. Mais ces résultats n'ont pas toute la certitude et la précision désirables. Tout dernièrement, *MM. Strauss* et *Wurtz* (1) ont repris la question en opérant sur des cultures pures avec du suc gastrique provenant d'un jeune chien portant une fistule. De leurs recherches il résulte que les bacilles sporulés de la tuberculose présentent une grande résistance à l'action du suc gastrique. Au bout de six heures de contact avec celui-ci, à la température du corps, ils ne perdent pas d'une façon appréciable leur virulence. Par contre, celle-ci est absolument détruite au bout de vingt-quatre heures. Ces expériences, faites avec des cultures pures, montrent, contrairement à l'opinion de Cohnheim, qu'il est chimérique de compter sur l'action du suc gastrique de l'homme comme garantie contre l'ingestion d'aliments tuberculeux, alors que ceux-ci protègent encore le bacille contre l'action de ce suc.

Quant à la valeur défensive que l'on peut espérer de l'épithélium intestinal, elle serait moins grande qu'on ne le pense, si l'on en croit les expériences que *M. Dobroklonsky* (2) a faites dans le laboratoire de M. le professeur Cornil. Cet auteur a fait absorber à un animal une ou deux gouttes d'une culture pure de bacilles de Koch, et, dès le quinzième jour, il a constaté des tubercules très visibles des parois de l'intestin, sans que les animaux en expérience aient eu de la diarrhée. *L'épithélium reste en place, intact*. Les glandes de Peyer sont tuméfiées et, entre les culs-de-sac des glandes de Lieberkühn, il y a des agglomérations de cellules lymphatiques. Déjà, dès le sixième jour, il y a des lésions des ganglions lymphatiques, mais les bacilles ne sont pas constatables avant le vingtième jour. Alors il y en a, soit dans les cellules épithéliales, soit dans les cellules lymphatiques, soit dans le tissu conjonctif des villosités.

Quelqu'intéressante que soit cette constatation d'un épithélium intact traversé par les bacilles, il n'en reste pas moins acquis que l'inflammation du tube digestif et la chute de l'épithélum doivent favoriser l'infection.

Dès lors, les écarts de régime, les indigestions, soit par excès, soit par vice de nourriture (ce qui, soit dit en passant, n'est pas rare, avec l'ignorance complète de l'hygiène et des soins nécessaires aux enfants dans laquelle sont élevées la plupart des femmes, quel que soit leur milieu), les désordres intestinaux de tous genres si fréquents dans la première enfance, doivent par cela même éveiller toute la sollicitude du médecin, surtout dans un milieu suspect.

Mais ce n'est là qu'un des côtés du problème, intéressant sans doute, mais qui n'a pas l'importance qu'offrent les matières ingérées, les aliments, comme véhicules possibles de l'agent infectieux.

Or, au premier rang de ceux-ci les recherches les plus récentes viennent de révéler que le lait est un des plus dangereux, lorsque la vache productrice est phthisique.

J'emprunte au consciencieux mémoire de *M. Niepce* (1) les détails suivants :

Bollinger aurait constaté la présence du bacille dans le lait de vaches pommelières, surtout lorsque le pis est tuberculeux. Il a fait des expériences, et, sur six, il n'aurait eu qu'un seul résultat positif. Il en conclut que l'ingestion de ce lait n'est pas aussi dangereuse qu'on le croit. Néanmoins, le Congrès de Dusseldorff, en 1876, décida que le lait ne devait être absorbé que bouilli. D'autre part, *Gerlach*, *Sommer*, prouvèrent que la tuberculose suivait l'ingestion de lait de vaches tuberculeuses.

Baumgarten nourrissant des cobayes avec du lait, auquel il ajoute 4 grammes d'une solution provenant de l'écrasement dans l'eau de matières tuberculeuses en obtient également des faits positifs.

La contamination par le lait explique alors la fréquence, chez les enfants, de la tuberculose intestinale, et elle impose, à la police sanitaire, une surveillance rigoureuse des étables et surtout de ces étables de grandes villes, où les animaux, privés d'air et exposés à tous les dangers de la contamination réciproque, sont ravagés par la tuberculose. Tous les animaux suspects sont-ils dangereux, ou bien ne doit-on ranger dans cette classe que ceux dont la mamelle est malade ? Ce serait sortir un peu du sujet de cette revue que d'étudier, dans tous ses détails, cette question ; mais comme elle se rattache à une autre très importante, celle de la nourrice tuberculeuse, nous ne pouvions la passer sous silence.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

DÉCHIRURE DU FOIE AVEC VASTE ÉPANCHEMENT SANGUIN PÉRITONÉAL AYANT SIMULÉ UN HÉMOTHORAX DROIT, par MM. les docteurs CH. FÉVRIER et CHAVIER, médecins-majors.

X..., maréchal des logis au 3e chasseurs, le 10 mai 1888, est projeté, avec son cheval emballé, contre un arbre. Le choc a surtout porté sur le côté gauche de la poitrine. La violence du coup a été extrême ; le cheval a été tué net.

(1) *Congrès de la tuberculose*. (C. R. IN SEMAINE MÉDICALE.)
(2) *Congrès de la tuberculose*. (C. R. IN SEMAINE MÉDICALE.)

(1) Niepce. *Contagion et transmissibilité de la tuberculose*. Grenoble, 1886.

Relevé par l'un de nous cinq minutes après l'accident, le blessé est dans l'état suivant :

Face horriblement pâle et présentant à gauche des traces de contusion.

Perte absolue du mouvement de la sensibilité et de l'intelligence. Globes oculaires déviés en haut. Contraction des pupilles.

Mâchoires serrées. Lèvres bleuâtres, laissant sortir un peu d'écume sanguinolente.

La chemise est mouillée par l'urine, mais il n'y a pas eu de défécation involontaire.

Respiration lente et pénible. Pouls petit, presque imperceptible et précipité.

Peau froide et mouillée de sueur.

Le blessé est transporté à l'hôpital.

Nous retrouvons les mêmes symptômes de stupeur. Le pouls est petit et fréquent. Il y a de la dyspnée avec expiration bruyante. Le blessé s'ébroue en quelque sorte. Un peu d'écume sanguinolente monte aux lèvres.

Nous procédons alors à l'examen du blessé. Contusion avec ecchymose à la partie antérieure de la région temporale gauche. Aucun écoulement de sang ni de sérosité par l'oreille. La narine renferme un peu de sang coagulé.

Pupilles dilatées. Nystagmus léger. Ecchymose au niveau du grand angle, du côté gauche.

Mâchoires serrées. Grincements de dents.

Le blessé s'agite beaucoup. Ses membres se meuvent continuellement, sauf le bras gauche, à la face externe duquel on trouve une vaste ecchymose. Quand on le pince, il se retire, et la physionomie devient grimaçante.

Du reste, sur tout le corps, la sensibilité tactile et douloureuse est intacte.

La palpation attentive de la poitrine permet de découvrir une fracture des 3e, 4e et 5e côtes gauche à leur partie moyenne.

Avant de faire asseoir le blessé pour examiner la partie postérieure du tronc, nous recherchons soigneusement s'il n'existe pas de lésions du côté de l'abdomen.

Pas de trace de contusion superficielle de l'abdomen. Nos investigations portent surtout du côté du foie. Nous ne trouvons absolument rien. *On peut déprimer l'hypochondre droit sans provoquer aucune douleur. Zone de matité normale.*

Rien du côté de la rate ni de la vessie. Le ventre, d'ailleurs, est souple, non ballonné, non douloureux.

Le thorax, à la percussion, fournit les renseignements suivants : Sonorité normale en avant. *En arrière et à droite, matité à la base de deux travers de doigt.* Rien à gauche.

A l'auscultation, respiration affaiblie dans toute l'étendue de la poitrine.

Le diagnostic porté est : *Commotion cérébrale. Fracture de côtes à gauche.*

A droite, nous attribuons la matité à un *hémothorax* résultant probablement d'une *déchirure du poumon*, de cause indirecte.

Quelques heures après, le blessé revient à lui, répond par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse. Il urine d'une façon normale.

11 mai. — Le matin, le malade est toujours assoupi, les yeux fermés. Lorsqu'on l'interpelle, il les ouvre et les referme aussitôt. Il ne se plaint de nulle part. Il cherche même à se lever pour uriner et aller à la selle.

Les urines ont une couleur normale. Pas de sang, d'albumine ou de fièvre. Selles également normales. T. 37,2, P. 60.

La respiration est toujours faible ; la matité de la base droite a un peu augmenté. Elle remonte à 5 travers de doigt. *Léger emphysème de la base du cou.*

Un peu de gêne dans l'absorption des boissons. *Quelques hoquets.*

Sur 6, 37,4. Abdomen normal, souple et non douloureux.

12 mai. — T. 37, P. 62.

Le blessé demande à uriner et à aller à la selle. Il ouvre les yeux et regarde autour de lui. La dyspnée augmente.

La matité de la base droite remonte jusqu'à l'angle de l'omoplate.

Absence de bruit respiratoire dans toute la zone de matité. Respiration soufflante à la partie supérieure.

Bruit skodique en avant.

A gauche, légère submatité. Quelques frottements pleuraux et râles muqueux fins.

Ce qui frappe surtout, c'est la dilatation de la poitrine du côté droit et principalement dans la partie inférieure. Le côté opposé en paraît déprimé. *Matité du foie normale. Il ne déborde pas les fausses côtes.*

Le soir : T. 38. P. 80. Le malade se plaint du côté gauche.

13 mai. — Matin, T. 37. P. 75. Le blessé est toujours extrêmement pâle. Les ecchymoses temporales et palpébrales commencent à changer de couleur.

Dans la journée, le malade s'affaiblit. Il urine et fait sous lui.

L'auscultation devient difficile. Aux premières inspirations, lorsque le malade est assis, il y a un bruit de gargouillement. Il tousse et essaye de cracher. La dyspnée a encore augmenté.

Le soir, T. 38,5. P. 90.

14 mai. — Matin, T. 39,6. P. 100. La dyspnée est très marquée. Même bruit de gargouillement à l'inspiration. Le malade est très affaibli.

Emission involontaire d'urine et de matières. Ventre normal.

En présence de ces symptômes, nous pensons à une *septicémie pleurale* compliquant un hémothorax. La question de la pleurotomie est agitée, et nous nous proposons de la pratiquer le lendemain, si la température augmente encore.

Le soir, même état, sauf un peu plus de dyspnée. T. 40,2. P. 130.

Mort dans la nuit.

Autopsie. — Pratiquée par un temps très chaud. La putréfaction est déjà prononcée, surtout au niveau de l'abdomen, qui est ballonné et verdâtre.

La famille n'ayant autorisé que l'ouverture du tronc, le crâne est respecté.

Thorax. — Emphysème modéré du médiastin ; son tissu cellulaire crépite sous le doigt.

Péricarde normal et renfermant à peine un demi verre de liquide citrin.

A gauche, la cavité pleurale est presque entièrement effacée. Des adhérences, les unes anciennes rares, les autres récentes plus nombreuses, maintiennent le poumon contre la paroi. La plèvre pariétale est rouge, tomenteuse, épaisse, injectée, surtout au niveau des fractures. En essayant de détacher le poumon, des fragments de parenchyme demeurent adhérents à la paroi.

On incise la plèvre au niveau de la fracture et on trouve les côtes nettement brisées par un trait transversal et à peine dentelé.

Plèvre diaphragmatique nette. Il existe seulement deux petites ecchymoses sous-séreuses dans le sinus costo-diaphragmatique.

Le poumon offre un léger emphysème sous-pleural avec quelques petéchies du volume d'une lentille. Au niveau de la face externe du lobe supérieur existe un foyer apoplectiforme, mais nous ne trouvons pas de déchirure.

La coupe ne montre rien dans la profondeur. Le poumon est congestionné, mais il nage dans l'eau et crépite bien sous le doigt.

En examinant la plèvre droite, nous sommes extrêmement surpris d'y trouver à peine un demi litre de liquide louche. Mais ce qui frappe surtout, c'est la voussure du diaphragme de ce côté. Il fait une saillie énorme et réduit de moitié la cavité pleurale correspondante.

Congestion vive de la plèvre à sa partie inférieure et principalement sur le feuillet diaphragmatique.

Les vaisseaux diaphragmatiques supérieurs sont extrêmement marqués et saillants. Ils paraissent injectés au bleu de Prusse.

Poumon moins congestionné qu'à gauche. Emphysème souspleural moins prononcé, mais on trouve de nombreuses ecchymoses et pétéchies sur les faces interne et externe.

L'abdomen est ouvert. L'intestin et l'épiploon sont comme vernissés et enduits d'une mince couche de sang noirâtre qui remplit les interstices des circonvolutions.

La masse intestinale est soulevée avec précaution, et on constate que le sang est épanché des deux côtés du mésentère, à l'hypogastre et dans le petit bassin. On évalue sa quantité à un litre. L'intestin et le péritoine sont injectés, et tout le liquide exhale une mauvaise odeur.

L'épanchement est surtout abondant dans l'hypochondre droit, où il soulève le foie.

La face convexe de cet organe est mise à nu en relevant le diaphragme qu'aucune adhérence n'unit à la glande, et l'on constate alors sur le lobe droit *une vaste déchirure presque transversale* siégeant à 2 cent. en avant du ligament suspenseur et intéressant l'organe *dans toute son épaisseur*. Elle a 13 cent. de long.

Les deux lèvres sont écartées et laissent voir une surface granitée, hérissée de saillies déchiquetées et irrégulières, de volume variable et recouverte de caillots.

La lèvre postérieure de la déchirure est évidée par une vaste caverne anfractueuse du volume d'un œuf, renfermant une bouillie formée par les débris du foie et les caillots.

A la face inférieure, la déchirure est moins étendue ; elle mesure 8 centimètres.

Sur cette même face, on trouve plusieurs petites déchirures étoilées. Vésicule intacte.

Les gros troncs vasculaires et les vaisseaux du mésentère sont normaux.

Rien du côté de l'intestin et de la rate. Le nid de pigeon de cette dernière ne contient pas de sang.

Les reins sont sains. Mais il existe une infiltration sanguine de l'atmosphère celluleuse du rein droit dans le point qui est en rapport avec le foie.

Vessie normale.

Cette observation nous a semblé intéressante par l'erreur de diagnostic qu'elle relate et parce qu'elle prouve une fois de plus de quelles difficultés est parfois entourée la détermination des déchirures du foie siégeant très en arrière.

Aurait-il été possible d'éviter l'erreur commise ? Après un choc violent sur le thorax, si le blessé présente dans les premières heures qui suivent l'accident une matité à la base d'un des poumons, nous sommes naturellement portés à croire qu'il s'agit d'un hémothorax. D'ailleurs, l'exploration minutieuse de l'abdomen, et en particulier du foie, n'avait donné lieu à aucun résultat.

A quelle origine rapporter cet hémothorax ? Les crachats sanguinolents du malade, le choc qui a surtout porté sur la poitrine, puisqu'il a brisé 3 côtes, du côté opposé il est vrai, nous autorisaient à penser qu'il s'agissait d'une *déchirure indirecte* du poumon.

Le lendemain, l'apparition d'un léger emphysème à la base du cou semble confirmer cette opinion.

Déjà, le troisième jour de l'accident, la matité remonte jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Nous sommes donc, croyons-nous, en présence d'un épanchement très sanguin, d'un épanchement très abondant. De plus, la dyspnée marche parallèlement avec la matité.

Nous devions donc, dans cette dernière hypothèse, nous attendre à brève échéance à des symptômes généraux graves. Et, le soir du troisième jour, la fièvre s'allume ; et, sauf une rémission le matin du quatrième jour, elle va toujours en augmentant.

Devions-nous attribuer cette fièvre à une méningo-encéphalite traumatique ? Mais les phénomènes de commotion avaient disparu presque entièrement, et, sauf une dyspnée intense, le blessé n'éprouvait de douleur nulle part. Pas de convulsions, pas de troubles de la sensibilité.

Puisque nous ne trouvions rien du côté de l'abdomen, il était donc logique de mettre en cause la *septicémie pleurale*. Par conséquent, la *pleurotomie* s'imposait, et elle eut été pratiquée si la mort n'était venu brusquer le dénouement.

Existait-il du côté de l'abdomen quelque symptôme qui put nous mettre sur la voie du diagnostic ?

Pendant toute la durée de la maladie, le ventre était souple, non douloureux, et avait conservé son volume normal.

La matité du foie, dans son siége et dans sa forme, était également normale.

La dilatation de la base du thorax était considérable et nous avait frappée. Mais elle n'offrait pas cette forme globuleuse que l'on trouve dans certaines tumeurs du foie, et en particulier dans les kystes hydatiques sous-diaphragmatiques avec épanchement pleural.

Peut-être aurions-nous dû songer qu'un épanchement pleural droit assez abondant pour remonter jusqu'à l'omoplate abaisse presque toujours le foie, et aurions-nous dû nous étonner que la matité ne débordât pas les fausses côtes.

Le hoquet constaté le deuxième jour ne pouvait nous éclairer davantage ; on pouvait le rapporter à l'irritation de la plèvre diaphragmatique par l'épanchement séro-sanguin.

Cette observation est en outre un exemple remarquable de la tolérance du péritoine pour les épanchements sanguins, puisque les quatre jours qu'il a survécu, le blessé n'a présenté aucun symptôme du côté de l'abdomen.

La déchirure du foie que nous avons eue sous les yeux est de cause indirecte ; mais nous ne croyons pas qu'on ait signalé comme cause les chocs sur le côté gauche du tronc.

Un détail intéressant dans l'autopsie est la collation sanguine considérable située entre la masse inférieure du foie et la masse intestinale.

Le sang s'est surtout collecté en deux points : l'hypochondre et le petit bassin.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Sur les résultats obtenus dans le traitement du cancer du larynx, par le docteur Scheier (*Deutsche Medic. Wochenschrift*, 1888, n° 23, p. 456 et 472).

On a beaucoup agité, dans ces derniers temps, la question de savoir quelle était, pour le chirurgien, la meilleure conduite à observer dans un cas de cancer du larynx. A ce propos, un médecin de Berlin, M. Scheier, a dressé tout récemment la statistique des cas de cancer du larynx, dont il a été fait mention dans les principaux recueils de chirurgie et de laryngologie depuis 1881. M. Scheier a groupé ces faits, au nombre de 125, en six catégories, de façon à mettre en parallèle le mode de terminaison de l'affection cancéreuse et le procédé de traitement dirigé contre le mal.

Voici, en substance, les renseignements qui se dégagent de ces recherches :

A. Les *cas* de carcinome du larynx, *où on s'est abstenu de toute intervention opératoire* figurent dans la statistique de M. Scheier au nombre de 4.

Le délai qui s'est écoulé entre l'apparition des premiers symptômes de la maladie cancéreuse et le dénouement fatal a été :

De 12 mois dans un cas.
14 » dans un autre.
2 » dans un troisième.

Dans le quatrième cas, la durée de la maladie n'a pas été spécifiée.

B. Dans 17 cas, l'*intervention opératoire s'est bornée à la trachéotomie*. Dans 14 de ces cas, il a été fait mention du dénouement fatal qui est survenu :

7 fois au bout de deux mois environ.
1 » au bout de trois mois environ.
1 » au bout de quatre mois environ.
1 » au bout de cinq mois environ.
1 » au bout de neuf mois environ.
2 » au bout de plusieurs mois.

Comme causes de mort, on trouve indiqué : la pneumonie, des hémorrhagies, le marasme; une fois la mort est survenue après un délire furibond.

Dans une observation de M. Tillaux, il est dit que l'état du malade était satisfaisant quinze jours après la trachéotomie; dans une autre de M. Semon *(The Throat Department of Saint-Thomas Hospit.*, 1882), les derniers renseignements fournis sur le malade portaient que celui-ci était encore en vie cinq mois après la trachéotomie.

Enfin, une observation de M. Beschorner *(Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1887, n° 9), mérite une mention spéciale. Le sujet, un vieillard de 76 ans, avait été trachéotomisé pour une tumeur carcinomateuse provenant de la transformation d'un papillome. Quatre ans après la trachéotomie, l'état du malade était très satisfaisant. La tumeur avait cessé de s'accroître après la trachéotomie. Le malade, muni d'une canule trachéale, était indemne de troubles respiratoires, et il arrivait à se faire comprendre d'une voix chuchotante.

Il ressort, à première vue, de ces chiffres que la simple trachéotomie a entraîné une très forte mortalité. D'après M. Scheier, ce résultat serait en bonne partie imputable à ce que le plus souvent la trachéotomie n'a été tentée que très tardivement, pour remédier à un danger immédiat.

C. Dans 9 cas, on a eu recours à la *laryngotomie*, pratiquée dans le but d'ouvrir une voie pour l'extirpation consécutive d'une tumeur carcinomateuse du larynx.

Au point de vue du résultat, ces 9 cas se répartissent ainsi :

Dénouement fatal dans 3 cas.
Récidive (une fois avec dénouement fatal) dans 3 cas.
Guérison (?) dans trois cas.

Dans les 3 premiers cas, la mort est survenue 1 fois, dix-huit heures après l'opération (symptômes d'œdème pulmonaire); 2 fois au bout de dix jours (pyémie); 1 fois au bout de onze jours (insufisance cardiaque, thrombose de l'artère pulmonaire).

Dans les 3 cas compliqués de récidive, celle-ci est survenue 1 fois au bout de trois mois; 1 fois au bout de dix mois (mort neuf mois plus tard, par cachexie); 1 fois au bout de treize mois.

Des 3 cas qui figurent sous la rubrique guérison, il en est 2 (SALZER : *Archiv für Chirurgie*, 1885, t. XXXI, fasc. 4, p. 848, et STEWART : *The Lancet*, 21 mai 1887) sujets à caution, parce que les derniers renseignements fournis sur le compte des opérés dataient de trois et quatre semaines après l'opération.

Reste une autre observation de Salzer *(Archiv für Chirurgie*, 1885, t. XXXI, fasc. 4), relative à un homme de 41 ans. Deux ans et neuf mois après la laryngotomie, il n'était pas survenu de récidive. Le sujet ne portait pas de canule; il n'éprouvait pas de gêne respiratoire; il s'exprimait très distinctement.

D. L'*extirpation partielle* du larynx a été pratiquée dans 23 cas, à savoir :

5 terminés par la *mort (a)*;
5 compliqués de *récidive (b)*;
13 terminés par *guérison (c)*.

(a) Des 5 opérés qui ont succombé, 1 est mort onze jours après l'opération; 1 autre douze jours (mort subite), et 3 autres de trois à six semaines après (pneumonie, 2 fois; médiastinite antérieure et bronchite putride, 1 fois).

(b) 4 fois sur 5, la récidive est survenue dans les trois premiers mois qui ont suivi l'opération, et dans le cinquième cas, au bout de seize mois.

(c) Les 13 cas qui figurent sous la rubrique guérison se répartissent ainsi, quant à l'époque où ont été fournis les derniers renseignements sur l'état des opérés :

De 1 à 3 mois après l'opération		4 cas.
3 à 6	—	2 »
— 7	—	1 »
— 14	—	1 »
— 18	—	1 (Schede)
— 19	—	1 (Semon)
— 2 ans 1/4	—	1 (Stœrk)
— 3 »	—	1 (Fraenkel)
— 7 »	—	1 (Hahn)

A noter que dans ces 5 derniers cas, la nature cancéreuse du néoplasme a été mise hors de conteste par les résultats de l'examen microscopique. Dans ces 5 cas, qui peuvent être considérés comme des exemples de guérison avérée, l'opération a de plus donné des résultats assez satisfaisants pour ce qui concerne la conservation de la voix.

M. Scheier a conclu de ces chiffres que l'extirpation partielle du larynx, considérée en tant qu'opération, est moins dangereuse que la simple trachéotomie pratiquée à une époque avancée du cancer du larynx, et que d'autre part au point de vue du résultat final, elle a donné 56 1/2 % de guérison, ou du moins 35 %, déduction faite des cas où la guérison n'offrait pas des garanties suffisantes de durée.

E. *L'extirpation totale du larynx* a été pratiquée dans 68 cas, dont 18 sont mentionnés comme ayant abouti à un dénouement fatal à la suite de l'opération.

9 fois la mort est survenue par pneumonie, du 4e au 14e jour après l'intervention opératoire.

2 opérés sont morts dans le coma : l'un quelques heures après l'opération, l'autre au huitième jour, et à la suite d'une

abondante hémorrhagie par la veine jugulaire interne droite.

Dans les autres cas, le dénouement fatal a été la conséquence : du *shok* (quarante heures après l'opération); d'un *œdème pulmonaire* (après douze heures); de la *septicémie* (5e jour); d'une *hématémèse* (4e jour); de l'*inanition* (7e jour); d'une *hémorrhagie secondaire* (8e jour).

5 autres opérés sont morts de la 3e à la 6e semaine qui suivit l'extirpation du larynx ; 2 ont succombé à une pneumonie ; 2 à une bronchite putride. Chez le cinquième, la cause de mort n'a pas été mentionnée.

En somme, l'extirpation totale du larynx, qui a été en général pratiquée à une époque assez avancée de l'affection cancéreuse, a entraîné une assez forte mortalité.

Dans 17 cas, l'opération a été suivie de *récidive*, au bout d'un espace de temps de :

2 mois dans 1 cas.
3 à 6 mois dans 11 cas.
6 à 9 mois dans 3 cas.
1 an passé dans 1 cas (Maurer).
2 ans et demi dans 1 cas (Chiarella).

Dans 11 de ces cas, mention est faite de la mort des sujets. *La mort a été causée par une affection intercurrente* chez 6 autres opérés qui n'avaient pas présenté de récidive :

4 sont morts de pneumonie fibrineuse.
1 — d'apoplexie, huit mois après l'opération.
1 — d'asphyxie, au bout de treize mois et demi.

Restent 22 cas qui figurent sous la rubrique *Guérison*. Il est vrai qu'il faut d'abord en défalquer 13, pour cause d'insuffisance de la durée du résultat acquis après l'opération. Les 9 cas qui restent se répartissent ainsi :

1 cas de MAYDL.	Pas de récidive au bout de	1 an 4	mois.
1 » de KOCHER.	— —	1 an 4	—
1 » de LANDERER.	— —	1 an 5	—
1 » ...	— —	1 an 6	—
1 » de GUSSENBAUER.	— —	1 an 9	—
1 » ...	— —	2 ans 2	—
1 » de WINIWARTER.	— —	2 ans 6	—
1 » de VON BERGMANN.	— —	3 ans.	
1 » de GOTTSTEIN.	— —	3 ans 6	mois.

Donc, dans cet ensemble de 68 extirpations totales du larynx, pratiquées pour cause de cancer, celles ou la mort a été la conséquence directe de l'opération atteignent une proportion de 26 et demi %; celles où l'issue fatale est survenue pendant le traitement consécutif donnent une proportion de 7 et demi %; les morts par récidive une proportion de 25 %; les morts par maladie intercurrente une proportion de 9 %; les guérisons de 19 ou de 32 et demi %, suivant qu'on défalque ou qu'on met en ligne les cas où la survie n'avait pas encore atteint une durée de douze mois.

Il ressort de ces chiffres que comparativement à l'extirpation partielle, l'extirpation totale du larynx entraîne des chances de mort prochaine plus considérables, qu'elle préserve dans une moindre mesure contre les dangers d'une récidive, enfin qu'elle donne des chances moins considérables de guérison.

F. La statistique de M. Scheier ne comprend que *4 cas de cancer du larynx opéré par les voies naturelles*. Dans un seul (FRAENKEL : *Archiv für klin. Chirurgie*, 1887, t. XXXV, fasc. 2) ce mode d'intervention a donné une guérison durable, avec rétablissement de la voix. Quatre ans après l'opération, le sujet était en parfaite santé et ne présentait aucun signe de récidive. Le diagnostic de carcinome du larynx avait été confirmé par les résultats d'un examen histologique très minutieux.

Dans une observation de Chiari, l'opération endo-laryngée a eu pour effet de prolonger la vie du malade de cinq mois.

Dans les deux autres cas, de Myles et de Schnitzler, des renseignements suffisants manquent pour apprécier le résultat final de l'intervention opératoire.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LÉONARDI. — PATHOGÉNIE NERVEUSE DES VARICES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES. — Thèse de Paris, 1888. — Ollier-Henry.

Les varices, au point de vue pathogénique, peuvent se diviser en trois classes : 1o varices par compression des veines ; 2o varices produites sous l'influence d'un réflexe dont le point de départ est l'utérus gravide ; 3o varices occasionnelles neuro-pathologiques. La marche de ces varices pendant la grossesse, leur évolution après l'accouchement justifient bien cette classification.

LAMY. — DU VOMISSEMENT UTÉRIN EN DEHORS DE LA GROSSESSE. Thèse de Paris, 1888. — Jouve.

La dyspepsie et les vomissements sont quelquefois dus à des lésions utérines ou péri-utérines. Ces vomissements, analogues à ceux de la grossesse, peuvent être alimentaires ou bilieux et nécessitent une intervention particulière et portant sur les organes malades.

SECHEYRON. — DE L'HYSTÉROTOMIE VAGINALE. Paris, 1888. — Doin.

L'hystérotomie vaginale consiste essentiellement dans l'incision de l'utérus par le vagin. Cette incision peut porter sur le col, ou sur le col et le corps ; elle constitue un excellent moyen de diagnostic et peut devenir en même temps un moyen de traitement radical.

L'hystérotomie est ainsi applicable aux sténoses, conformations vicieuses du col congénitales ou accidentelles.

Elle permet de reconnaître de petits fibromes encastrés dans l'utérus, d'abraser de larges surfaces d'une muqueuse utérine malade et ainsi de faciliter la recherche de certains épithéliomas et de guérir l'endométrite.

L'hystérotomie vaginale ou l'incision de l'utérus par le vagin est une opération de choix qui permet l'extirpation radicale des tumeurs fibreuses et des kystes utérins.

Cette opération sera indiquée pour toute tumeur fibreuse qui, par des hémorrhagies, des accidents septiques, des troubles fonctionnels, met la vie en quelque danger.

Les contre-indications seront tirées : 1o du trop grand volume (au-delà d'une tête d'adulte en moyenne); 2o de la multiplicité des fibromes, surtout s'ils sont situés au fond même de l'utérus. Ces contre-indications peuvent devenir indications de l'hystérectomie vaginale ou abdominale.

L'énucléation proprement dite, simple ou aidée de la

traction, précédée de la pédiculisation du myome (procédé d'Emmet), expose à des accidents traumatiques, lésions de l'utérus, hémorrhagies, et à des accidents consécutifs d'ordre septicémique.

L'énucléation consécutive à l'incision du parenchyme utérin au niveau du myome et par la cavité utérine (procédé Vuillet) est un procédé lent, nécessitant plusieurs séances opératoires et exposant ainsi à des accidents septiques.

Sechyron, d'après Péan, préfère le morcellement; il reconnaît à ce procédé plusieurs avantages : 1o large champ opératoire, libération facile, section du col, du segment inférieur de l'utérus jusqu'au myome; 2o certitude de l'ablation complète et assez facile du myome, grâce à l'emploi judicieux des pinces hémostasiques et des ciseaux. Cette manœuvre facilite l'hémostase et le morcellement, l'évidement de la tumeur et son extirpation par lambeaux.

L'antisepsie est de rigueur. Si ses règles sont bien observées pendant l'opération et dans les soins consécutifs, le succès est à peu près certain. Ce procédé est applicable à tous les cas de myome du col et du corps de l'utérus, à des polypes énormes vaginaux ou utéro-vaginaux. Dans ces cas, le forceps-scie est d'un bon usage.

L'uversion utérine, complication possible du myome, peut parfois être employée comme manœuvre systématique de l'ablation du myome.

Pendant le cours de la grossesse, les fibromes seront respectés, à moins de siéger au col et de provoquer des hémorrhagies graves, d'être cause de dystocie.

Les kystes utérins et juxta-utérins, séreux, hydatiques, dermoïdes, ou enveloppés dans un fibrome, seront opérés s'ils donnent lieu à des accidents, hémorrhagies, troubles fonctionnels mécaniques ou réflexes.

L'hystérotomie, section de l'utérus, corps et col, jusqu'au kyste ouvrira la voie. Le kyste vidé, il sera nécessaire d'exciser, s'il est possible, ses parois, puis d'établir, jusqu'à ce que celles-ci soient revenues sur elles-mêmes, de gros drains disposés en canons de fusil dans leur cavité. Ces drains seront maintenus assez longtemps.

Les soins antiseptiques, lavages abondants avec sublimé (1 p. 2,000), acide phénique (1 p. 1/100 ou 1/200) sont ici encore indispensables.

GRATTERY. — DES TROUBLES GÉNÉRAUX D'ORIGINE MENSTRUELLE. — Thèse de Paris, 1888.

Presque tous les organes de l'économie peuvent devenir le siège de phénomènes morbides plus ou moins accentués, sous l'influence de troubles de la menstruation, que celle-ci s'établisse difficilement ou qu'elle soit brusquement suspendue. Ces phénomènes morbides sont complémentaires ou supplémentaires de la menstruation.

Le plus souvent, il s'agit de congestion limitée à un organe ou partie d'un organe; ces accidents s'atténuent et finissent par disparaître dès que les règles s'établissent franchement.

Plus rarement, les phénomènes congestifs deviennent franchement inflammatoires, et c'est dans les cas où l'écoulement menstruel manque complètement que l'on observe des faits de ce genre. La notion étiologique des symptômes échappe souvent, la situation paraît grave. Le diagnostic, suivant l'organe atteint, oscille autour de la fièvre typhoïde, de la méningite tuberculeuse ou néphrite. Le pronostic est réservé et, trois ou quatre jours après, le malade est complètement rétablie.

Le traitement consiste : 1o à combattre les phénomènes viscéraux par des sédatifs généraux (sulfate de quinine, digitale, bromure de potassium) ou par des révulsifs (ventouses, sangsues, pointes de feu), en même temps que l'on agit sur les phénomènes douloureux par le bromure, les injections sous-cutanées de morphine; 2o à régulariser la fonction menstruelle ou à la rappeler par les emmenagogues, des applications de sangsues ou de sinapismes. C'est là l'indication capitale.

Les accidents actuels écartés, on s'étudiera à en prévenir le retour.

PAUL BERTHOD.

NOTES & INFORMATIONS

CONCOURS D'ARCHITECTES-HYGIÉNISTES. — L'École spéciale d'architecture, dirigée par M. E. Trélat, a institué depuis deux ans, à côté de son diplôme de sortie, un certificat d'architecte-hygiéniste.

Voici les parties principales du programme de l'épreuve du concours pour 1888 :

On fera le projet d'un petit hôtel occupé par une famille de modeste aisance.

L'hôtel devra être aménagé pour une habitation agréable. La distribution y sera commode. Mais ce que l'étude doit particulièrement et complètement montrer, c'est la suite des installations qui assureront l'entière salubrité du lieu, l'aération et l'éclairage des locaux, l'approvisionnement des eaux, l'évacuation des déchets de la vie (liquides et solides), etc.

L'argumentation de ce projet sera poursuivie de manière à fournir au candidat l'occasion de faire valoir ses connaissances relativement à la salubrité. C'est ainsi qu'il trouvera l'occasion de parler avec compétence du régime de l'air ou de la température dans les habitations, du nettoyage méthodique de ces locaux, de l'ablation sous les voies municipales des déjections de la maison, du traitement de toutes les eaux résiduaires des villes et de l'entretien de la pureté des eaux de la rivière qui les traverse.

MM. les élèves pourront joindre à leur travail un mémoire *succinct* traitant un point spécial de salubrité. Ce mémoire sera apprécié comme partie importante de l'argumentation.

— Le Ministre de la guerre, accompagné du directeur du service de santé, docteur Dujardin-Beaumetz, de son chef de cabinet, le général Brault, du docteur Viry et d'un officier d'ordonnance, a visité vendredi l'École et l'Hôpital du Val-de-Grâce, dont les honneurs lui ont été faits par le médecin-inspecteur général Didiot, les médecins-inspecteurs Gaujot et Colin.

Le directeur de l'École, M. Gaujot, lui a présenté les professeurs et les agrégés, et il a passé en revue les stagiaires, après quoi il a parcouru les laboratoires et les salles de malades. Il s'est particulièrement enquis des travaux de bactériologie dans leurs applications aux analyses des eaux de boisson. On sait qu'une enquête sur l'eau de toutes les casernes est actuellement ouverte en France et en Algérie, et il a particulièrement félicité le docteur Vaillard, qui s'occupe avec autorité de ces importantes recherches.

M. de Freycinet a semblé satisfait de l'impulsion donnée aux études des jeunes médecins militaires, et il a bu prescrire l'exécution de plusieurs des améliorations qui lui ont été proposées. Nous espérons que les récompenses qu'il a été question d'accorder au personnel ne tarderont pas à faire l'objet d'une décision ministérielle. (BULLETIN MÉDICAL.)

Troisième Congrès des hygiénistes italiens. — Le 6 octobre prochain, doit s'ouvrir, à Bologne, dans l'Archi-Gymnase, un Congrès d'hygiène auquel pourront prendre part tous les membres des Sociétés d'hygiène, tant italiennes qu'étrangères.

Voici les questions qui, d'ores et déjà, sont inscrites à l'ordre du jour des séances :

Le 6 octobre : *Prophylaxie de la syphilis.*

Le 7, au matin : *Sur le Commerce des chiffons dans ses rapports avec l'hygiène publique.* (Rapporteur : le professeur Alphonse Corradi.)

Le 7, dans l'après-midi, on discutera le rapport du professeur L. Gabla : *Sur la coloration artificielle des substances alimentaires.*

Le 8 octobre, la séance du matin sera consacrée à l'examen des modifications ou amendements qui pourront être apportés à la loi sanitaire qui va être discutée dans le Parlement italien.

Dans l'après-midi, on entendra des communications diverses (*éventuelles*).

Enfin, le 9 octobre, dernier jour du Congrès, on s'occupera du matériel de construction au point de vue l'hygiène.

Paul Fabre.

— Société de dermatologie. — Une Société allemande de dermatologie vient d'être fondée. Le Comité se compose des professeurs Caspari, de Kœnigsberg, Dontrelepont, de Bonn, Kaposi, de Vienne, Lewin, de Berlin, Lipp, de Gratz, Weisser, de Breslau, Neumann, de Vienne ; Pick, de Prague.

La Société a l'intention de se réunir une fois tous les ans. La cotisation est fixée à 10 marks par an.

— Statistique comparée des deux sexes. — Chaque statistique faite de la population en Allemagne montre que le nombre des hommes décroît, tandis que celui des femmes augmente. Le dernier recensement a relevé un million de femmes de plus que les hommes, soit 104,3 femmes contre 100 hommes. Il y avait cependant beaucoup moins de filles que de garçons, ce qui tend à prouver que c'est la mortalité qui est la cause de l'infériorité de ces derniers, en y ajoutant toutefois l'émigration qui en enlève une certaine quantité à la terre natale.

Les femmes prédominent surtout à Berlin, où il y a une proportion de plus de 108 femmes contre 100 hommes. La capitale a, en outre, la spécialité des vieilles femmes qui y sont, en effet, particulièrement nombreuses. Aussi, entre 60 et 70 ans, on trouve à Berlin plus de 150 femmes pour 100 hommes ; entre 70 et 80 ans, 196 p. 100. Cela prouve une fois de plus que l'homme, dépensant le plus d'énergie vitale, succombe plus facilement aux puissances destructrices qui l'entourent—aidé en outre par ses vices auxquels il donne plus librement carrière que les femmes.

— Une épidémie qu'on observe que bien rarement sévit en ce moment à Osnabrück (provinces rhénanes) : c'est une épidémie d'ophthalmie qui frappe surtout les enfants.

— L'action des médicaments à distance. — Parmi les thèses soutenues par les candidats au concours de l'enseignement supérieur, nous relevons la suivante du docteur de Rechter :

L'action des médicaments à distance ne repose sur aucune donnée sérieuse.

R. F. D.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — *Prix à décerner aux médecins militaires en 1889.* — Par application de la décision ministérielle du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, le ministre de la guerre a décidé que les sujets traités pour les prix à décerner en 1889 seront laissés au choix des candidats, seront inédits et se rapporteront exclusivement à la médecine ou à la chirurgie de l'armée.

Les médecins militaires qui prendront part au concours devront, autant que possible, faire transcrire leur mémoire par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

Les mémoires seront renfermés dans une enveloppe scellée portant une épigraphe et cette mention en gros caractères :

« Concours pour le prix de médecine et de chirurgie. Ne pas ouvrir. »

L'épigraphe sera répétée sur une autre enveloppe plus petite scellée de trois cachets à la cire et contenant la signature, les nom, prénoms, grade et emploi de l'auteur.

Le tout sera placé dans une enveloppe portant comme suscription :

« Monsieur le Ministre de la guerre. Direction du service de santé. »

Les mémoires devront parvenir directement, et sans aucun intermédiaire, au ministre, avant le 15 novembre 1889.

Recrutement des médecins de la marine. — Par dérogations aux prescriptions du 10 de ce mois, qui a suspendu les engagements volontaires dans l'infanterie de marine, le ministre de la marine a décidé que les jeunes gens se destinant à la carrière de la médecine navale pourront être autorisés à contracter des engagements volontaires, au titre de l'infanterie de marine, dans les conditions prévues par la circulaire du 6 février 1873.

Toutefois, le ministre se réserve le soin de statuer à l'égard de chaque cas particulier.

Les intéressés devront, après s'être munis du consentement du directeur du service de santé, faire parvenir leurs demandes au ministre par l'intermédiaire des préfets maritimes.

— Les officiers du corps de santé dont les noms suivent sont désignés pour faire partie des jurys du concours qui s'ouvrira dans chacune des trois écoles navales, le 17 de ce mois, pour la concession des indemnités de 1,200 fr. à attribuer aux étudiants en médecine :

A Brest : MM. le directeur du service de santé, président ; le médecin en chef Auffret et le médecin de 1re classe Brédiam, membres ; le médecin de 1re classe Guyot, membre suppléant.

A Rochefort : MM. le directeur du service de santé, président ; le médecin en chef Guès ; le médecin principal Fontorbe, membres ; le médecin de 1re classe Coquiard, membre suppléant.

A Toulon : MM. le directeur du service de santé, président ; les médecins en chef Merlin et Thomas, membres ; le médecin principal Fontan, membre suppléant.

Nomination dans la Légion d'honneur. — Pendant le voyage qu'il vient de faire à Caen, M. le président de la République a décerné la croix de la Légion d'honneur à M. le docteur Bourienne, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

A Evreux, il a accordé la même récompense au docteur Quindey médecin en chef de l'hospice d'Evreux.

École de plomberie sanitaire. — La Chambre syndicale des ouvriers plombiers de la Seine vient de créer une école de plomberie sanitaire, dans le but de perfectionner l'enseignement professionnel et les connaissances hygiéniques des ouvriers.

Le cours d'hygiène et d'habitation sera professé par M. le docteur A.-J. Martin, et le cours sur la plomberie sanitaire par M. Masson, inspecteur de l'assainissement de Paris.

Cours de chirurgie militaire. — Un cours de chirurgie militaire, qui durera jusqu'au 16 septembre, a été inauguré dimanche dernier à Genève. Vingt médecins capitaines, sous le commandement du major docteur Frœlich, vont suivre ce cours.

Les branches d'instruction sont les suivantes :

Clinique chirurgicale à l'hôpital cantonal (professeur Julliard); chirurgie de guerre et exercices de médecine opératoire à l'Ecole de médecine (professeur J.-L. Reverdin); pansements et appareils (docteur Aug. Reverdin); lecture des cartes, tactique, etc. (lieutenant-colonel de la Rive); examen de la vue des soldats, service sanitaire en campagne, etc. (major docteur Frœlich).

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Giberton. Essai sur quelques cas de coliques sèches observées sur la côte occidentale d'Afrique (région intertropicale).—M. Charrier. Du traitement des kystes hydatiques du foie par la méthode de Récamier. — M. Grall. Contribution à l'étude des ovarites suppurées, pathogénie, marche, traitement. — M. Triaud. Considérations sur deux cas de luxation traumatique du genou.— M. Dodart. Du traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 2 AU SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1888.

Fièvre typhoïde 17.—Variole 2.— Rougeole 17.— Scarlatine 1. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup, 22 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 166.— Autres tuberculoses 18. — Tumeurs : Cancéreuses 53. — Autres 4. — Méningite 29. — Congestion et hémorr. cérébrales 36. — Paralysie 8.— Ramollissement cérébral 13.—Maladies organiques du cœur 47.— Bronchite aiguë 10. — Bronchite chronique 20. — Broncho-pneumonie 9. — Pneumonie 17. — Gastro-entérite : Sein 37. — Biberon 93. — Autres 7 — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 18. — Sénilité 26. — Suicides 19. — Autres morts violentes 11. — Autres causes de mort 149. — Causes inconnues 15.— Total de la semaine: 872 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Contribution à l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né, par le docteur Platon Mavrikos. Un volume in-8° de 63 pages. — Prix : 1 fr. 50.—A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. Une brochure in-8° de 124 pages. — Prix : 3 fr. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants.— Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie Ed ROUSSET et Cie. 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 38 22 SEPTEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE INTERNE

NOTE SUR UN CAS DE CANCER PRIMITIF DE LA TÊTE DU PANCRÉAS, par A. DUTIL, interne des hôpitaux.

Parmi les cancers viscéraux de l'abdomen, le cancer primitif du pancréas est à coup sûr un des plus mal connus. Et cependant la bibliographie des travaux qui lui ont été consacrés est déjà longue. Pour ne citer que les plus importants et les plus récents : la thèse d'Ancelet (1864), les faits de Friedreich; les thèses de Bonnamy (1879), de Salles (1880), de Madree (1883); l'article de M. Humbert Mollière, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, celui de M. Arnozan, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, enfin, la thèse de Vernay (Lyon, 1884), contiennent ou résument une masse considérable de faits. Il est incontestable qu'en dépit de tant d'observations accumulées, et après toutes ces monographies, le cancer primitif du pancréas garde cette physionomie vague, aux traits indécis, que présentent encore aujourd'hui la plupart des états morbides de cette glande. Aussi le diagnostic du cancer pancréatique passe-t-il pour être d'une extrême difficulté, sinon tout à fait impossible; M. le professeur Jaccoud, dans ses leçons cliniques de la Pitié (1884-85), résumait dans les termes suivants son opinion à ce sujet :

« Lorsqu'il y a des symptômes, disait-il, ce ne sont pas des signes de certitude, ce ne sont que des signes de présomption; naturellement, ils sont plus probants, s'ils sont tous réunis, mais même alors ils ne présentent une valeur absolue que si l'on peut établir, d'une manière précise, l'intégrité de tous les organes digestifs. »

C'est déclarer, ou peu s'en faut, que la constatation et l'analyse des signes sont toujours incapables de conduire au diagnostic raisonné et certain du cancer pancréatique.

C'est, qu'en effet, dans tous ces travaux que nous venons de rappeler, les divers symptômes observés ont été simplement examinés, analysés un à un, bien énumérés, sans doute, mais non pas synthétisés et placés chacun au rang qu'il occupe dans la réalité clinique. Toutes ces descriptions ont le tort de placer sur le même plan des symptômes d'importance et de valeur très inégales. On n'y trouve pas ce juste groupement des symptômes propre à montrer la physionomie clinique de la maladie sous des traits précis, de nature enfin à en permettre le diagnostic.

Il y avait là un *desideratum*, qu'un très intéressant travail, paru dans la REVUE DE MÉDECINE, est venu combler récemment.

Dans leur remarquable mémoire, MM. Bard et Pic, de Lyon (1), se sont attachés à rapprocher et à mettre en relief, en une description d'ensemble, les symptômes les plus caractéristiques du cancer *primitif* du pancréas, ceux qu'on retrouve toujours associés dans la majorité des cas et dont le groupement bien compris donne à la maladie une physionomie clinique pour ainsi dire personnelle et reconnaissable.

Dans le tableau tracé par ces auteurs, le défaut de digestion des fécules, des albumines et des graisses, les vomissements, la diarrhée graisseuse, la lipurie, la sialorrhée et la sensation de sable dans l'arrière-gorge, tous ces signes, qui selon M. Germain Sée caractériseraient la dyspepsie pancréatique, sont rejetés au second plan comme inconstants et communs à une foule d'états morbides autres que le cancer pancréatique.

Les signes dominants dans le complexus pancréatique décrit par MM. Bard et Pic sont avant tout l'existence « d'un *ictère chronique toujours progressif* et sans rémission, avec *dilatation énorme de la vésicule biliaire*, avec *amaigrissement et cachexie rapides*, mais *sans augmentation notable du volume du foie* ».

Le dernier de ces quatre signes, quoique purement négatif, est, dans l'espèce, tout aussi important que les trois autres; leur réunion constitue la caractéristique spéciale de la maladie. Telle est la formule énoncée par MM. Bard et Pic. Leur description repose sur un assez grand nombre de faits. Elle est basée sur sept cas inédits et sur une foule d'observations qu'il leur a été aisé de retrouver dans la littérature médicale. C'est ainsi que, sur les quinze observations de la thèse de Vernay, il en est dix qui répondent entièrement au type clinique que ces auteurs s'efforcent de mettre en relief. Dans le traité de Frerichs figurent trois faits analogues; enfin quelques exemples en ont été publiés depuis la thèse de Vernay. Parmi ces derniers, figurent deux observations très détaillées dues à MM. Ramos et Cochez, et qui ont paru dans la REVUE DE MÉDECINE (sept. 1887).

L'observation que nous allons rapporter répond exactement au tableau symptomatique tracé par M. Bard. Elle en diffère seulement, comme le second cas de MM. Ramos et Cochez,

(1) L. Bard et A. Pic. *Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du cancer primitif du pancréas*. — REVUE DE MÉDECINE (numéros d'avril et mai 1888).

par l'absence de dilatation de la vésicule biliaire. Mais ni l'ictère foncé progressif et persistant sans rémission, ni la la cachexie, ni l'amaigrissement rapides n'ont fait défaut. Ce sont ces derniers caractères qui, pendant la vie du malade, nous avaient conduit au diagnostic de la lésion que l'autopsie nous a permis de vérifier.

Cancer primitif de la tête du pancréas. — Noyaux secondaires dans le foie.

Le nommé V..., cocher, âgé de 47 ans, est entré le 25 août 1887 à l'hôpital Necker, salle Saint-Luc, lit no 26, dans le service de M. le professeur Peter, suppléé par M. le docteur Balzet.

Les renseignements, d'ailleurs fort incomplets, que donne le malade sur ses antécédents héréditaires, ne présentent aucune particularité qui mérite d'être rapportée.

Antécédents personnels. — Cet homme affirme que sa santé a toujours été parfaite jusqu'à ces derniers mois. Il n'est pas syphilitique. Depuis longtemps, il boit chaque jour un litre et demi à deux litres de vin, mais il ne s'est jamais adonné à l'absinthe ni aux liqueurs fortes. Il n'a du reste présenté d'autre symptôme imputable à l'intoxication éthylique que des rêves professionnels et des cauchemars. Il n'a jamais eu de pituites ni aucun trouble des fonctions digestives. Il n'a jamais eu de tremblement des mains.

La maladie qui le conduit à l'hôpital est, dit il, sa première maladie.

Elle a débuté dans les premiers jours du mois de mai, il y a quatre mois environ, par des accès de coliques qui survenaient régulièrement deux ou trois heures après chaque repas. Les douleurs, peu vives d'ailleurs, siégeaient exactement dans la région ombilicale. Jamais elles ne s'irradiaient vers l'hypocondre droit, ni du côté de l'épaule, ni dans les parties inférieures de l'abdomen. Elles ne s'accompagnaient ni de vomissements ni de diarrhée.

A ces accès de coliques qui inquiétaient le malade par leur persistance et la régularité de leur retour, s'ajouta bientôt une constipation opiniâtre et qui résista à des purgatifs répétés. Puis l'appétit disparut et le malade commença à maigrir. Les choses étaient en cet état vers le 15 juin, soit un mois et demi après l'apparition des premiers accidents.

A cette époque, l'anorexie s'accentua; le malade commença à éprouver un dégoût absolu pour la viande et les graisses; la constipation persistait toujours. Les matières fécales, dures, ovillées, étaient tantôt jaunâtres, tantôt décolorées et ressemblant à des boulettes de mastic.

Indépendamment des coliques péri-ombilicales, qui étaient devenues presque incessantes, le malade éprouvait des douleurs vives lancinantes qui s'irradiaient dans les lombes et la partie inférieure du dos. L'amaigrissement progressait, les forces déclinaient rapidement, et V..., qui avait pu jusque-là continuer à exercer son métier, dut cesser tout travail.

Il y a trois semaines que le malade a remarqué qu'il devenait jaune. En quelques jours, la coloration des téguments s'accentua et prit une teinte foncée, verdâtre, qui depuis a toujours persisté sans aucune rémission. A l'apparition de sa jaunisse, il alla consulter.

On lui prescrivit le régime lacté absolu. Ce traitement n'a apporté, dit-il, aucune amélioration dans son état. Seulement, depuis qu'il se nourrit de lait, à la constipation a succédé la diarrhée. Il a chaque jour, nous dit-il, 3 ou 4 selles liquides, tantôt jaunâtres, tantôt incolores, grisâtres, mais toujours très fétides. L'ictère, l'anorexie et les douleurs ont persisté. Se sentant faiblir de jour en jour, le malade entre à l'hôpital. Il est dans l'état suivant :

Etat du malade le 26 août 1887. — Ictère très prononcé, d'une teinte jaune-verdâtre. Les urines sont fortement colorées. Traitées par l'acide nitrique, elles donnent la réaction caractéristique de la présence des pigments biliaires. Elles ne contiennent ni sucre ni albumine. Température axillaire, 37°,4. Pouls régulier à 78.

La maigreur est aussi avancée que possible; la peau est sèche, ridée. La langue est recouverte d'un enduit saburral épais.

Le ventre est un peu ballonné, mais il est souple, et quand on déprime la paroi abdominale, même fortement, avec la main posée à plat, on ne provoque en aucun point de la douleur. On ne sent pas non plus de tumeur ni d'induration nulle part. Il n'y a pas trace d'ascite. Les réseaux veineux superficiels ne sont pas apparents.

Le *foie* ne dépasse pas le bord chondro-costal, ni à l'épigastre, ni à l'hypochondre droit. Par la percussion, on délimite une zône de matité hépatique dont la forme est normale et dont les dimensions sont les suivantes : Dans la ligne axillaire, 12 cent.; dans la ligne du mamelon, 8 cent.; sur la ligne médiane, 4 cent. 1/2.

Rate.—Bien que la rate ne soit pas accessible à la palpation au-dessous des côtes, elle donne à la percussion une surface de matité qui mesure 15 centimètres, suivant son principal diamètre (oblique).

L'appétit est nul. Les selles sont liquides et décolorées, analogues à une émulsion de farine.

Ces symptômes persistèrent sans aucune modification jusqu'à la mort du malade, qui succomba le 17 septembre, quatre mois et demi après le début de sa maladie.

Pendant son séjour à l'hôpital, on put observer à plusieurs reprises l'apparition de selles bilieuses alternant avec les selles grisâtres.

Enfin, par deux fois après avoir fait ingérer au malade 150 gr. de sirop de sucre, on a pu constater l'apparition du sucre dans les urines (glycosurie alimentaire).

AUTOPSIE. — L'autopsie, pratiquée trente heures après la mort, révéla les altérations que voici :

Abdomen. — Pas trace d'épanchement dans le péritoine. Pas de lésions péritonitiques. En écartant le paquet intestinal qui est libre de toute adhérence, on aperçoit à gauche du duodenum une masse dure, bosselée, du volume du poing, et qui n'est autre que la tête du pancréas.

La tumeur adhère fortement au duodenum, mais la paroi de cet intestin n'est pas envahie par le néoplasme. Sa surface interne paraît absolument normale.

A la coupe, la tête du pancréas, qui est très indurée, se montre complètement dégénérée. Elle a perdu toute apparence du tissu glandulaire normal Elle a l'aspect d'une masse de tissu carcinomateux jaunâtre, traversée, divisée par des bandes de tissu fibreux fermes et épaisses.

Le foie a conservé sa forme et son volume normaux. Il n'y a pas de périhépatite. La vésicule biliaire est un peu distendue, mais son fond ne dépasse pas le bord tranchant du foie. Elle ne contient pas de calculs. En la pressant avec force, on peut, mais difficilement, faire refluer quelques gouttes de bile dans le duodenum.

Pas de ganglions au niveau du hile.

Sur une coupe de la tumeur, pratiquée près du duodénum, on voit que le canal cholédoque est comprimé, aplati par le tissu lardacé qui l'enserre. Il n'y a plus de parois propres; il se présente sous l'aspect d'un conduit aplati creusé en plein tissu cancéreux, dont la paroi, imprégnée de bile, se dessine en un cercle noirâtre dont l'épaisseur est de 3 millimètres environ. Donc partiellement perméable.

L'état du canal pancréatique n'a pas été noté.

Le foie est fortement infiltré de bile. A sa surface et sur les coupes, on constate 5 ou 6 noyaux cancéreux, de couleur blanche et dont la consistance est assez ferme; ils sont pour la plupart du volume d'une noisette ou d'une noix. Pas d'hypertrophie.

La rate est un peu augmentée de volume; sa consistance et son aspect à la coupe n'offrent rien de spécial.

Intestin normal. Les autres organes ne présentent pas d'altération notable.

Divers fragments de la tumeur pancréatique et du foie ont été recueillis et plongés dans l'alcool absolu pour l'examen histologique

Examen histologique.—(Alcool absolu, picro-carmin, glycérine). Cet examen a porté, en ce qui concerne le pancréas : 1o Sur des coupes faites en plein tissu carcinomateux; 2o sur des coupes perpendiculaires au canal cholédoque et comprenant la surface de section de ce conduit et une collerette de tissu avoisinant épaisse d'un centimètre environ. En ce qui concerne le foie : 1o Sur des coupes comprenant à la fois un noyau secondaire et le tissu hépatique circonvoisin; 2o sur des coupes faites en plein parenchyme hépatique.

Les coupes de la tumeur pancréatique nous ont montré qu'elle était uniquement constituée par un bloc de carcinome traversé par des bandes fibreuses épaisses, diversement orientées.

Le tissu néoplasique qui remplit les cavités irrégulières ou allongées délimitées par ces lames fibreuses présente la structure typique du carcinome. Partout, le stroma conjonctif se montre avec une grande netteté; dans les alvéoles de ce stroma se trouvent agglomérées des cellules de forme très variée, assez volumineuses pour la plupart, à protoplasma abondant, réfringentes, d'une teinte jaune sale. Leurs noyaux sont fortement colorés par le carmin. Nulle part, on ne voit un groupe cellulaire, et l'alvéole qui le contient affecte une disposition qui rappelle de près on de loin l'acinus de la glande normale.

La paroi du cholédoque est complètement dégénérée. Le canal semble creusé en plein tissu carcinomateux; par leur direction circulaire, quelques lames conjonctives indiquent seules les limites périphériques de la paroi propre disparue.

Des tramées de tissu conjonctif jaune, des amas de cellules cancéreuses teintes en jaune et échellées, des alvéoles adjacentes ouvertes dans la lumière du canal, des blocs de pigments en bordent l'orifice rétréci.

Les coupes d'un des noyaux secondaires hépatiques offrent la figure typique du carcinome.

A la périphérie du noyau cancéreux, il existe une lame de tissu conjonctif fibrillaire qui sépare nettement la masse néoplasique du tissu hépatique avoisinant. Cet enkystement fait défaut sur certains points, où l'on voit le tissu hépatique se continuer directement sans interposition de tissu conjonctif avec le foyer cancéreux. Autour du noyau, les travées hépatiques sont disposées en cercles concentriques et refoulées par le néoplasme.

Sur les points où la bande connective d'enkystement fait défaut, quelques-unes d'entre elles s'incurvent vers le noyau, le pénètrent, et l'on voit leurs cellules, par une graduation insensible, perdre leurs caractères normaux et se continuer directement avec un bloc de cellules cancéreuses.

Sur les coupes faites en plein tissu hépatique d'apparence normale, on constate, indépendamment des lésions banales de la stase biliaire, des altérations inflammatoires très nettes de conduits biliaires au niveau des espaces portes (encombrement de la lumière par prolifération des cellules épithéliales, infiltration nucléaire du tissu conjonctif qui borde la section de ces conduits). Enfin, une dégénérescence graisseuse des cellules d'un grand nombre de lobules hépatiques. Cette stéatose se montre très inégalement répartie, car, à côté de lobules, on eut leurs cellules simplement infiltrées de pigment. On peut voir un des deux lobules entièrement graisseux.

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LES TÉNIAS MULTIPLES, A PROPOS DE L'OBSERVATION D'UN ENFANT QUI A EXPULSÉ HUIT TÉNIAS SOLIUM, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

M. Luton, dans le DICTIONNAIRE de Jaccoud (article ENTOZOAIRES, p. 419), nous dit :

« Les faits de tænias multiples ne sont pas extrêmement rares..... Bremser a observé 3 tænias rendus par la même personne, Rudolphi 4, Barth 6, Mongeal 12, ayant ensemble une longueur de 48 mètres et chacun pourvu de sa tête, Escallier 14, de Haën 18; enfin, Gervais et Van Beneden citent le cas d'un homme qui expulsa 41 tænias.

« Mentionnons, ajoute le docteur Luton, la circonstance assez curieuse dans laquelle un tænia solium et un bothriocéphale existent concurremment chez un même individu; cela a été vu plusieurs fois. Le bothriocéphale (d'après Magnus Huss), dans les pays où il est endémique, comme dans la province de Nordbotten, en Suède, est rarement solitaire. »

M. le professeur Laboulbène, dans son article TÆNIA, du DICTIONNAIRE de Dechambre, nous dit :

« Le nombre des vers rendus est parfois considérable. Le plus que j'aie constaté est vingt. Un de mes élèves, le docteur Deny, a compté un jour seize têtes ou parties antérieures du tænia inerme sur un homme qui avait pris beaucoup d'anthelminthiques ténicides sans résultat. Le nombre de deux ou trois n'est pas très exceptionnel. »

Depuis que j'exerce la médecine à Commentry, le nombre des sujets porteurs de ténias que j'ai eu à soigner est fort considérable, et je ne crois pas exagérer en l'évaluant au chiffre de près de deux cents. Cela ne ferait guère plus de douze par an. Jusqu'ici, le ténia solium a de beaucoup la majorité sur le ténia inerme. C'est à peine si j'ai vu dix cas de ténia inerme. Quant aux cas de ténias solium multiples, j'en avais déjà observé un fait il y a une huitaine d'années chez une fillette de neuf ans, de la commune de Durdat, à laquelle je fis rendre une trentaine de mètres de ver que l'on m'apporta. Je ne trouvai que deux têtes.

Le 29 décembre dernier, j'étais appelé auprès d'un enfant de dix ans, qui souffrait de coliques intenses et présentait une agitation, des troubles convulsifs qui inquiétaient ses parents. Le pouls était agité (124). La température s'élevait à 39o2. Les vomissements étaient fréquents depuis quelques jours. Il y avait un peu de diarrhée. Depuis une quinzaine de jours, l'enfant ne dormait plus on presque pas. Il avait fréquemment des vomituritions glaireuses le matin, et cela depuis plusieurs années.

L'on me montra quelques cucurbitains rendus le jour même, ajoutant qu'on en trouvait très souvent dans les garde-robes depuis le mois de juillet 1883, c'est-à-dire depuis quatre ans et demi.

On en avait bien parlé à un parent pharmacien; puis on s'était tenu tranquille, n'attachant aucune importance à ces petits carrés blanchâtres.

Je prescrivis l'extrait éthéré de fougère mâle à la dose de 2 grammes en dix bols, à prendre d'heure en heure, en même temps que de la décoction de rhizome de fougère mâle en tisane. Du sirop d'éther devait être donné de temps en temps par cuillerées à café, et après la dernière pilule on devait administrer 25 grammes d'huile de ricin. On se contenta d'abord de donner le sirop d'éther. Et ce ne fut que le 2 janvier 1888 que les bols furent administrés. Le 3, l'enfant rendit, au dire du père, plus de 50 mètres de ténia.

Le 5, il en aurait rendu 80 mètres, toujours au dire du père, homme sérieux, qui m'affirma les avoir mesurés de son mieux. Il les avait étalés dans une pièce de 5 mètres de long, mettant bout à bout les points sectionnés et recom-

mençant. Et en admettant une erreur de compte on an moins de l'exagération, dans ce qui me fut remis le 3 il y en avait bien 30 mètres, et le 5 une cinquantaine de mètres, car je les fis mesurer à mon tour; mais ils étaient trop fragmentés pour qu'on pnt obtenir un chiffre exact. Quoiqu'il en soit de la longueur, je tronvai six têtes de ténias armé. Et assurément il devait y avoir plus de six ténias dans l'intestin de l'enfant, car je rencontrai au moins une douzaine de fragments dont les anneaux se rétrécissaient considérablement.

Le 3, Georges X... rendit aussi nn ascaride en même temps que son paqnet de ténias. Puis nn second ascaride sortit spontanément le 6 janvier; et enfin un troisième fut expulsé le 16 janvier. Le sommeil était revenu, l'agitation nerveuse amoindrie.

Le 19, j'ordonne 4 grammes de semen contra, à prendre en trois jonrs, et de la tisane de fougère mâle.

Le 23, au lieu de nouveanx ascarides, on m'apporte une trentaine de cucurbitains isolés.

Le 24, je fis prendre une décoction de 40 grammes d'écorce de racine de grenadier et, de suite après, 25 grammes d'huile de ricin.

Le 5 février, je revoyais l'enfant. On n'avait plue rien vu. L'appétit était considérable. L'enfant était très calme. Je conseillai d'attendre.

Au mois de mars, on me faisait appeler. Georges X.... se plaignait de douleurs vives en urinant, et eurtout en finissant d'uriner. Je conseillai l'application de quelques cataplasmes de farine de lin sur le bas-ventre, trois ou quatre lavements émollients par jour.

On m'amenait l'enfant au bout de trois jours; la strangurie persistait encore. J'introduieis une petite sonde en gomme. J'arrivai facilement dans la vessie. Quelques jours après, l'enfant me revenait très content, ne souffrant plus.

Le 22 mars, il n'avait plus rendu le moindre cucurbitain dans ses selles. Ses parents le croyaient guéri; j'étais bien près de partager leur opinion.

Le 20 avril, voici qu'on m'apporta une nouvelle masse de ténias, expulsée la veille sans que l'enfant eut pris le moindre médicament. J'y retrouvai deux autres têtes de ténia solinm.

L'enfant était bien portant quand même; et, depnis, il s'est toujours bien porté jusqu'à ce jour (15 septembre).

REVUE GÉNÉRALE

DES PORTES D'ENTRÉE DE LA TUBERCULOSE, par le docteur HENRI BARBIER, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 36 et 37.

Bang (1), au Congrès de Copenhague, a étudié à fond cette question. Il a constaté d'abord que le lait peut renfermer de grandes quantités de bacilles. Dans un cas, entre autres, il en a pu compter jusqu'à 200 dans le champ de la préparation, et, dit-il, dans certaines circonstances, on peut en absorber *un million* avec un verre de lait. Ces bacilles sont sporulés, indice de leur virulence. Il a pu également constater que le lait provenant d'animaux malades, mais dont le *père paraissait sain*, était lui-même virulent et contenait des bacilles. Dans de semblables conditions, *Niepce* (1) a pu les rencontrer dans la moitié des cas. D'autres auteurs, *Galtier* (2), *Koch* (3), etc., etc., pensent au contraire que la lésion de la mamelle est nécessaire.

Quoi qu'il en soit, retenons que le lait peut être l'agent de transmission et le point de départ de la tuberculose intestinale, et que non seulement le lait d'une vache phthisique doit être considéré comme snspect, mais encore qu'il est de bonne hygiène de faire *bouillir* celui, quel qu'en soit la provenance, qui doit servir à la nourriture des enfants. C'est la conclusion de M. *Nocard* au dernier Congrès, à moins qn'on ne s'adresse à des animaux qui, comme la chèvre, ne sont pas susceptibles de tnberculisation.

Mais cette question ne s'arrête pas là. Elle en a soulevée nne autre, celle des nourrices. Une nourrice, mère ou autre, peut-elle par son lait contagionner son nourrisson? La question, comme on le voit, est d'une importance capitale. Malheureusement, la présence des observations précises ne permet pas à l'heure actuelle de formuler une conclusion précise. Tout au plus pourrait-on raisonner par analogie et interdire à une femme phthisique de nourrir un enfant. Cependant Niepce (*loc. cit.*) a rapporté deux cas intéressants. Dans le premier, c'est une mère qui nourrit son enfant. Elle meurt. Niepce a constaté des bacilles dans son lait, et l'enfant meurt lui-même quelque temps après de méningite tuberculeuse. Dans un autre cas, il s'agit d'un enfant bien portant, issu de parents sains, et qui, allaité par une nourrice tuberculeuse, meurt lui-même de la maladie. Le lait de la nourrice contient des bacilles.

Ces faits appellent énergiquement des recherches dans ce sens; quelque peu nombreux qu'ile soient, ils suffisent, avec ce que les vétérinaires nous ont appris par ce qui se passe chez les animaux, pour que le médecin non seulement interdise à une mère tuberculeuse de nourrir son enfant, mais rejetté impitoyablement, comme nourrice, toute femme dont les poumons ne sont pas absolument saine. Désormais, pour le choix d'une nourrice, la tuberculose prend rang à côté, et peut-être avant la syphilis, dans les incapacités.

Pour en finir avec le lait, M. Galtier (4) est venu tout récemment appeler l'attention eur un nouveau danger de contamination intestinale, et ce, par le petit lait et le fromage. Il résulte de ses expériences que l'un et l'autre sont dangereux (dans les conditions précitées) et que du fromage, salé ou non, donne encore au bout de huit mois et demi des résultats positifs à l'inoculation.

La question de la nocuité de la *viande* des animaux tuberculeux semble avoir été résolue par le premier vœu du dernier Congrès. *Virchow*, *Colin*, *Tappeiner*, n'auraient pas réussi à obtenir de la tuberculose avec du suc de viande. Cependant *Orth* et *Baumgarten* (5), *Galtier* (6), *Arloing* et *Chauveau* (7), ont obtenu au contraire dans des proportion variées par ce moyen des tuberculoses expérimentales.

La viande, et surtout, comme l'a montré *Toussaint*, la viande

(1) *Ueber die Tuberculose des Kuheuters über die Gefahr der Ueber Gührung d. Tub. durch die Milch*, 1884. COMPTES RENDUS.

(1) *Loco citato.*

(2) *Maladies contagieuses*, 1880.

(3) *Mittheilungen aus d. kaiserlich. Gesundheitsamt*, 1884.

(4) *Comptes-Rendus*. Académie des sciences, 1887.

(5) CENTRALBLATT F. DIE MÉDIC WOCHENSCHRIFT, 1884.

(6) Académie des sciences. COMPTES RENDUS, 1887.

(7) Congrès tuberc. COMPTES RENDUS. In : SEMAINE MÉDICALE, 1888.

incomplètement cuite, peut donc contaminer (1). Des lapins ont été inoculés avec succès par M. *Galtier* avec des sucs de viande chauffée à des températures qui ne dépassent pas celle d'une viande sur le gril. Et même une température de 60° pendant vingt minutes ou de 75° pendant dix minutes ne la stérilise pas. *Arloing*, dans ces conditions, a réussi une fois sur deux; et il a donné des chiffres qui démontrent qu'à Dijon, sur 16 animaux tuberculeux livrés à la boucherie en moyenne chaque année, 3,2 contiennent des bacilles dans la chair musculaire.

La discussion qui eut lieu sur ce sujet au Congrès dernier et qui aboutit au vote de la première proposition demandant la saisie de viande d'animaux tuberculeux a montré l'innocuité à peu près complète sur ce point. Cependant, M. *Nocard* (2) a été un des trois membres qui votèrent contre ce vœu; ses expériences ne lui semblent pas devoir encore entraîner sa conviction. Sur 40 cobayes, il n'aurait obtenu qu'une seule inoculation positive; et, pour lui, la tuberculose, lorsqu'elle infecte toutes les humeurs, ce qui est rare, est une maladie passagère; le sang et le suc musculaire cessant très rapidement d'être virulents, en général avant le sixième jour.

Cette opinion pourrait tranquilliser *les buveurs* de sang des abattoirs; elle pourrait ainsi atténuer le danger que M. Galtier (3) signalait dans l'emploi du sang pour clarifier les vins. Cet auteur a montré que des mélanges d'eau et d'alcool à 90 n'ont pas empêché au bout de trois jours des inoculations positives. Il est bon d'ajouter que, d'après ses recherches, l'action stérilisante du vin, dûe probablement aux autres substances qu'il renferme, serait beaucoup plus développée.

Pour en finir avec cette question, je rappellerai que chez les phthisiques qui avalent leurs crachats, on voit survenir des lésions intestinales typhiques. Mais ce sont des lésions secondaires, et je n'en aurais parlé ici que pour mémoire, si certains auteurs, et *Niepce* en particulier, n'avaient attiré l'attention sur un autre mode de contamination des enfants. Certaines femmes ont la fâcheuse habitude d'embrasser leurs nourrissons sur la bouche, et Niepce croit que, si la femme est tuberculeuse, il y a là un danger réel pour l'enfant. Le fait est possible, probable même, et vient encore à l'appui de ce que nous disions tout à l'heure au sujet du choix des nourrices.

En tout cas, il serait du plus haut intérêt de rechercher si le bacille tuberculeux n'existe pas d'une façon permanente dans la salive des sujets qui toussent. Notre excellent ami Netter a fait cette preuve pour le pneumocoque; il serait important qu'elle fut faite également pour le bacille de Koch. Ce serait la révélation directe que le danger de contamination entre conjoints n'existe pas seulement dans l'absorption des poussières atmosphériques et de parcelles desséchées des crachats, comme nous le verrons dans un instant.

Comme mesure prophylactique dans les familles, il est de toute nécessité, surtout dans les grandes villes et dans leur banlieue, de n'employer que du lait bouilli.

Bang (4), au dernier Congrès, estimait que la température de 85° est nécessaire pour qu'il ait perdu toute sa virulence. Entre 60 et 75°, elle n'est pas absolument perdue, mais elle est si affaiblie que le lait dans ces conditions est inoffensif.

(1) Blaine. New-York médic. Report, 1887.
(2) Congrès. Comptes rendus. Semaine médicale, 1888.
(3) Académie des sciences.
(4) Comptes rendus. In : Semaine médicale.

Quant aux nourrices, le médecin devra rejeter impitoyablement toutes celles qui sont tuberculeuses; à quelque degré que ce soit, et interdire à la mère phthisique, d'une façon encore plus radicale qu'autrefois, de nourrir son enfant.

La saisie des animaux tuberculeux est une affaire de police sanitaire.

Voies respiratoires.

Il était de connaissance courante depuis longtemps, dans certains pays, que le contact journalier de personnes saines avec des phthisiques était dangereux; et, d'une manière plus générale, que les vêtements, le linge, ayant appartenu à de semblables malades, pouvait donner la maladie à ceux qui seraient à même d'en faire usage. Cette idée, tant empirique qu'elle fût, contenait en germe, toutes nos connaissances actuelles sur la contagiosité de la tuberculose, et tout ce que l'expérimentation et les recherches récentes nous ont appris de précis sur la transmission de la maladie.

C'est qu'en effet les voies respiratoires sont ici une porte ouverte sans cesse à l'infection. L'inspiration introduit à chaque instant dans les bronches des particules atmosphériques; des fragments desséchés de crachats qui, comme nous le verrons, renferment le bacille tuberculeux. Qu'une cause quelconque rompe l'équilibre vital des épithéliums bronchiques, et l'effraction se fait. Mais ici elle semble avoir une prédilection marquée pour les dernières ramifications bronchiques, à cet endroit précis de l'alvéole pulmonaire où, depuis les recherches de Rindfleisch et de Charcot, on est d'accord pour placer le tubercule élémentaire primitif. Il n'y a pas lieu d'insister sur cette affinité spéciale, qui d'ailleurs n'est pas absolue, attendu que ce tubercule primitif peut débuter sur des bronches de calibre beaucoup plus gros. Mais ce n'est là, il est vrai, qu'une exception.

Le larynx, de son côté, offre un deuxième *locus minoris resistentiæ*. Bien qu'il soit de règle que la laryngite tuberculeuse soit plus souvent consécutive à la tuberculose pulmonaire, il est cependant des cas où des laryngites serrées, spécifiques, ont précédé ou accompagné le début d'une phthisie, et d'autres enfin où ces laryngites ont constitué la seule lésion pendant la vie du malade.

On peut donc dire que le larynx et l'ectasie des avéoles pulmonaires constituent le terrain de prédilection de la tuberculose pénétrant par les voies respiratoires.

Les exemples en sont nombreux. Le savant article de M. Hanot : « Tuberculose », dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, renferme à ce sujet de nombreux documents : les faits de Landouzy, de Debove, de Vialette, de Flint, de Reich, etc.

Il serait impossible de citer ici tous les faits de contagion; néanmoins, je ne puis passer sous silence un des plus étonnants, celui qu'a publié Reich, et qui est cité par M. Hanot. A Neuemburg, deux sage-femmes se partagent la clientèle : une d'elles, malade depuis l'hiver de 1874, succombe en 1876 à une phthisie. Or, sur les enfants assistés par elle, du 4 avril 1875 au 10 mai 1876, *dix sont morts de méningite tuberculeuse*. Ces enfants n'ont aucune tare héréditaire; il n'y a pas de cas semblable dans la clientèle de l'autre sage-femme. Il résulte de l'enquête que la première sage-femme enlevait par aspiration les mucosités qui encombrent les premières voies des nouveau-nés, et leur faisait l'insufflation directe dans les cas les plus légers d'asphyxie.

Les dangers de la cohabitation sont d'antant plus grands que la vie entre sujets sains et malades est plus intime; c'est ce qui arrive dans les familles, et principalement entre mari et femme. *Leudet* (1), qui s'est beanconp occupé de ces contagions familiales, a donné une statistique d'où il résulte que, sur 74 ménages observés pendant longtemps, et où un des conjoints était tuberculeux, il y en eut 13 où la contagion se fit : 61 par conséquent restèrent indemnes, ce qui donne près de 20 p. 100 comme moyenne de transmission de mari à femme, on réciproquement.

Niepce (2), de son côté, a observé un cas curieux de laryngite primitive. Un jeune homme de 24 ans, sane ascendants suspects, de bonne santé lui-même, prend une laryngite *a frigore* dans une partie de chasse. Au bout de cinq mois, il y a des ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte et des cartilages aryténoïdes : on constate la présence des bacilles dans les mucosités du larynx. Rien dans les poumons. Or, ce jeune homme avait des relations avec une jeune fille qui toussait.

Mais, je le répète, l'énoncé de tous les faits de ce genre ne saurait trouver place ici ; tous se ressemblent, et la transmission de la tuberculose par les voies respiratoires n'a plus besoin de cet amas de preuves. Il est plus intéressant de savoir comment se fait cette contagion, et dans quelles conditions.

Déjà, en 1876 et 1877, *Tappeiner* (3) avait rendu tuberculeux 10 chiens sur 11, en les enfermant dans une chambre de 12 m.c. incomplètement close où se pulvérisaient des crachats de phthisique. *Bertheau* (4), *Frerichs*, *Weichzelbaum*, *Schuller*, *Veragut*, *Thaon*, répétèrent ces expériences et eurent des résultats conformes. Mais la question n'était pas encore au point, et étant admise la virulence de l'atmosphère, on était en droit de se demander si elle provenait de produits de l'expiration pulmonaire, ou si au contraire la contamination atmosphérique n'était pas déterminée par les crachats an sujet desquels personne ne songe à prendre la plus minime précaution. Des recherches dans ce sens viennent d'être faites par MM. *Cadéac* et *Mallet* (5).

En ce qui concerne la virulence de l'air expiré par les phthisiques, je rappelle qu'avant eux, *Gibaux* (6) avait, par des expériences sur des lapins, constaté que cet air renferme des bacilles et peut communiquer la maladie aux animaux qui le respirent. Que *Ransorre*, en condensant le produit de l'expiration de certaines phthisiques ; que *Smith*, en les faisant respirer sur du coton et en examinant les produits de condensation, avaient confirmé cette virulence.

MM. *Cadeac et Mallet*, dans une première série d'expériences, ont fait respirer l'air expiré par des malades atteints de lésions pulmonaires graves : d'une part, à des animaux sains ; de l'autre à des animaux chez lesquels on avait provoqué une bronchite expérimentale par inhalation de vapeurs de brome. Dans les deux cas, le résultat fut nul.

Ces expériences « témoignent simplement du peu de danger de l'air expiré par les phthisiques, mais elles ne nous paraissent pas suffisamment démonstratives à l'endroit de l'innocuité de ces inhalations pour en tirer une conclusion immédiate ». Le peu de durée relative du temps pendant lequel elles ont été faites est en effet, ainsi que les auteurs le font remarquer, un argument d'une assez grande puissance.

Pour combler cette lacune, des lapins ont été soumis à des inhalations prolongées pendant 2 et 3 mois, habitant la même cage que des lapins tuberculeux, mais séparés d'eux, de façon que nourriture ou déjections ne puissent se mélanger. Dans ce cas encore, les résultats ont été nuls, et MM. Cadeac et Mallet concluent *que la tuberculose est impuissante à se propager par les inhalations prolongées d'air expiré.*

Ce premier résultat bien acquis aurait son importance et atténuerait dans une certaine mesure le danger du contact des phthisiques. Malheureusement, on ne peut que répéter, au sujet de cette seconde série d'experiences, ce qui était applicable à la première : un temps de deux ou trois mois pour juger la question. Ce n'est pas suffisant. Souvent, au bout de plusieurs années de rapports journaliers que l'on voit se développer ces tuberculoses acquises, du fait de la cohabitation d'individus tuberculeux et d'individus sains. La seule conclusion légitime à en tirer, c'est qu'il est probable que la virulence de l'air expiré par les phthisiques est au minimum, si elle existe.

L'eau de condensation de l'air inhalé par les phthisiques, en évitant les causes d'erreur dues à l'entraînement de la salive ou des mucosités bronchiques, n'a rien offert non plus, ni au microscope, ni à l'inoculation.

Reste en dernier ressort l'atmosphère. Ici, les résultats deviennent probants. Elle est virulente, parce qu'elle renferme, sous forme de poussières, les particules détachées des humeurs ou des crachats.

Avant eux, *M. Whede* (1) en laissant des assiettes remplies de glycérine dans la chambre de phthisiques, *M. Nicolas* (2) en condnisant la vapeur des salles d'inhalation du Mont-Dore, n'avaient rien trouvé. Mais, en 1885, *M. Chantemesse* (3) avait été plus heureux. Il avait obtenu une tuberculose zoogleique chez des cobayes avec le liquide provenant de onate que lui avait remis M. Terrier, ouate sur laquelle avait passé l'air provenant d'une salle où de nombreux phthisiques venaient se soumettre à des inhalations médicamenteuses, et où aucune précaution antiseptique n'était prise.

Enfin MM. Cadeac et Mallet, en condensant sur la surface stérisée d'un bocal contenant un mélange réfrigérent la vapeur d'eau d'une salle renfermant des tuberculeux, ont obtenu deux fois sur douze, sur des cobayes, des inoculations positives.

Le danger de l'atmosphère où vivent, où respirent des phthisiques est donc bien réel.

Les salles d'hôpitaux, les salles où séjournent les malades, surtout dans certains milieux sociaux, dans lesquels les habitudes de propreté ne sont ni très répandues, ni très observées, et où les malades ont l'habitude de cracher par terre, tous les endroits enfin, salles d'inhalations, de pulvérisations, où des tuberculeux peuvent se trouver pendant un certain temps, surtout si on n'y applique pas rigoureusement les précautions

(1) Congrès de Genève, 1874, et Académie des sciences.

(2) *Loco citato.*

(3) VIRCHOW'S ARCHIV, 1880. *Neud exp. Beitræge zur Inhalat. Tuberc.*

(4) Bertheau. DEUTSCHE ARCHIV FÜR KLIN MEDIC., 1881.

(5) *Etudes expérimentales sur la transmissibilité de la tuberculose par l'air expiré et par l'atmosphère.* REVUE DE MÉDECINE, 1887.

(6) Académie des sciences, 1882.

(1) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1884.

(2) *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1886.

(3) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1885.

hygiéniques et antiseptiques désirables, doivent être regardés, à l'heure actuelle, comme suspects. On avait remarqué déjà, depuis longtemps, que les malades atteints d'affections chroniques rachectisantes, et qui mouraient après un très long séjour à l'hôpital, offraient à l'examen anatomique des exemples frappants de tuberculose pulmonaire. Ces faits peuvent être, à l'heure actuelle, envisagés sous leur véritable jour, ce ce sont des tuberculoses acquises par le séjour prolongé dans une atmosphère où vivent toujours une grande quantité de phthisiques.

Cependant, il ne faudrait pas exagérer, et c'est le cas ici de rappeler les résultats fournis par les expériences de MM. Cadéac et Mallet. Ce sont *les crachats, les produits de l'expectoration*, qui sont surtout les agents de contamination de l'atmosphère, et l'on peut dire plus vraisemblablement que le danger de l'air sera en raison inverse des soins que l'entourage des malades et le malade lui-même prendront de recueillir ces crachats dans un vase clos et de les détruire ensuite avec soin.

Malheureusement l'hygiène des familles, des hôpitaux même, n'en est pas là. C'est surtout chez le malade de la ville, à qui il répugne parfois d'avoir un crachoir, que le danger d'infection atmosphérique me semble le plus grand. Le mouchoir dans lequel il crache est exposé à l'air, les produits expectorés s'y dessèchent, s'en détachent, et le bacille se dissémine ainsi. Je ne parle pas du danger qu'offre ce linge, mélangé à celui du reste de la maison, dans le même coffre ou dans le même réduit.

Ces données nouvelles ont leurs conséquences pratiques. La première de toute, c'est d'éviter la dissémination des particules infectieuses atmosphériques, et pour cela, il faut obliger le malade, dans l'intérêt de ceux qui le soignent ou de ceux qui l'entourent, à cracher dans un vase clos, qui puisse au besoin aller au feu, ou tout au moins qu'on puisse désinfecter tous les jours. Il faut enfin considérer les tuberculeux, dans une famille, comme un contagieux, et ne permettre à personne, surtout aux enfants et aux jeunes gens, de coucher dans la même chambre que lui. A plus forte raison dans le même lit.

Ces précautions élémentaires pourront atténuer, dans une large mesure, le danger de contamination.

Restent maintenant les causes prédisposantes qui font de l'arbre bronchique un milieu favorable à la pullulation du bacille tuberculeux. Nous retrouvons, ici comme ailleurs, l'influence de l'inflammation, et l'importance de ce qu'on appelait autrefois le rhume négligé n'a rien perdu de sa valeur *Scott et Addison, Beau, Hérard et Cornil, Jaccoud, Hanot, Verchère*, ont montré de quelle importance pouvaient être ces inflammations toutes banales, dont les produits, selon l'expression de Verchère, constituent un excellent milieu de culture pour le bacille tuberculeux.

Voilà pourquoi certaines affections s'accompagnent de catarrhe des voies aériennes sont tuberculisantes au premier chef. *Clart, Fournet, Hérard et Cornil, Hanot*, l'ont prouvé pour la grippe; la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, la diphthérie, ont la même influence néfaste. D'autre part, il résulte des recherches de Tardieu et Lombard, de Genève, que ceux qui travaillent dans les poussières payent un plus large tribut à la tuberculose, et que, parmi ces poussières, les poussières dures sont les plus actives, et que les poussières animales le sont plus que les poussières végétales (Hanot).

Enfin rappelons, à côté des causes précédentes, la phthisie des mariniers du Rhône, occasionnée par l'usage du *harpi*, longue perche qu'ils appuient sur le creux sous-clavicolaire pour prendre un point d'appui, et qui a été décrite par *M. Perroud* au Congrès de Lille, en 1874. (Verchère-Hanot.)

En somme, un fait reste bien acquis, c'est que l'irritation des voies aériennes est une condition d'appel pour la tuberculose, que cette inflammation soit simple ou qu'elle soit le résultat d'une rougeole ou d'une coqueluche, le devoir du médecin est tout tracé.

(*A suivre.*)

(1) Article *Phthisie*, DICTIONNAIRE PRATIQUE et thèse d'agrégation, 1883. *Des rapports de l'inflammation et de la tuberculose.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE PHARMACOLOGIE

I. LA SUCCINAMIDE DE MERCURE, UN NOUVEAU REMÈDE POUR INJECTIONS SOUS-CUTANÉES, par le docteur VOLLERT (*Therapeutische Monatshefte*, septembre 1888, p. 401).—II. QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES EFFETS ACCESSOIRES DE L'ANTIFEBRINE, par le docteur KRONECKER, de Berlin (*Ibidem*, p. 426). — III. SUR L'ACTION DE L'ANTIFÉBRINE, par le docteur L. LŒWENTHAL (*Ibidem*, p. 428).

I. Depuis quelques années, il règne parmi les syphiligraphes une tendance à substituer l'administration du mercure par la voie hypodermique aux autres modes d'administration couramment usités jusqu'ici, à ériger en médication de choix, ce qui n'est encore considéré par la grande majorité des médecins que comme une médication d'exception, ne répondant qu'à des indications spéciales. Ce point de thérapeutique a déjà fait l'objet de nombreuses controverses. Aux partisans du traitement exclusif de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles, on a objecté que la preuve était encore à faire de la supériorité des résultats thérapeutiques obtenus, dans les circonstances communes, avec ce mode d'administration du mercure, dont les inconvénients ne sont que trop connus. La douleur occasionnée par les injections, la réaction inflammatoire locale, les abcès qui s'en suivent assez souvent ont été jusqu'ici un obstacle à la vulgarisation du traitement de la syphilis par la voie hypodermique. Aussi s'est-on donné beaucoup de peine pour découvrir une préparation mercurielle dont l'emploi réduisît ces inconvénients à un degré négligeable. Tour à tour, on a vanté des combinaisons mercurielles qu'on présentait comme supérieures, pour cet usage spécial, à celles qu'on connaissait déjà. En dernier lieu, la palme semblait acquise à l'oxyde jaune de mercure.

Toutefois, les tentatives dans la voie que nous signalons ne chôment pas. M. VOLLERT vient de publier il y a quelques jours le compte-rendu des expériences faites dans le service du professeur Wolff, de Strasbourg, avec la succinamide de mercure employée en injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis.

Voici, en substance, les renseignements qu'il donne sur le nouveau produit et sur les résultats obtenus :

La succinamide, qui dérive de l'acide succinique anhydre

traitée par le gaz ammoniaque, se combine avec l'oxyde de mercure sous forme d'une poudre blanche, soyeuse, très soluble dans l'eau; la succinamide de mercure. La solution aqueuse de ce produit reste très longtemps limpide quand on l'abandonne à elle-même. D'autre part, la succinamide de mercure ne précipite pas l'albumine des liquides qui la tiennent en dissolution, ne donne pas non plus de précipité avec la sérosité pleurale, avec le liquide de l'hydrocèle.

La solution qui a servi aux expériences cliniques dont rend compte M. Vollert était préparée, dans les premiers temps, avec 100 parties d'eau et 2 grammes de succinamide de mercure (correspondant à 1 gramme de mercure métallique). Avant de servir, le liquide était filtré à plusieurs reprises. L'addition de cocaïne liquide, dans le but de rendre les injections moins douloureuses, donne naissance à un précipité et doit par conséquent être abandonnée. Plus tard, on s'arrêta au choix d'une solution moins forte, préparée avec 1 gr. 30 de succinamide de mercure pour 100 gr. d'eau.

Dans ces expériences, on a surtout eu en vue de mettre les injections de succinamide de mercure en parallèle avec les injections de glycocollate de mercure, préparation qu'on avait adoptée précédemment dans le service de M. Wolff pour le traitement de la syphilis. M. Vollert assigne au succinamide de mercure les avantages suivants :

Les solutions de succinamide de mercure sont moins altérables; elles conservent pendant des semaines leur limpidité première. Au contraire, les solutions de glycocollate de mercure s'altèrent au bout de quelques minutes.

Les injections de succinamide de mercure sont beaucoup moins douloureuses que les injections de glycocollate et donnent lieu à des infiltrations locales moins volumineuses et de moindre durée.

La succinamide de mercure est moins cher que le glycocollate de mercure.

Par contre, il semble que la première de ces deux préparations le cède un peu en efficacité à la seconde. Elle vaut à cet égard le cyanure de mercure, sans avoir, comme ce dernier, l'inconvénient d'occasionner assez fréquemment des complications du côté de l'intestin. Il est dit que, d'une façon générale, les injections hypodermiques, pratiquées au nombre de 523 sur un ensemble de 28 syphilitiques, n'ont jamais eu de suites fâcheuses, et ont été bien supportés. Mais quand on examine en détail les renseignements consignés par l'auteur dans un tableau annexé à son travail, il s'en dégage une impression moins satisfaisante. Assez souvent, les injections sont notées comme ayant été douloureuses, mal supportées, comme ayant déterminé des nodosités tenaces, voire des abcès, de la stomatite, comme ayant donné des résultats insuffisants, de telle sorte qu'il a fallu recourir à d'autres modes d'administration du mercure.

Bref, il est à prévoir que l'enthousiasme de M. Vollert pour la succinamide de mercure ne trouvera pas de nombreux imitateurs. M. Vollert estime que le mode de traitement qu'il préconise est surtout appelé à rendre de bons services dans le traitement des syphilitiques *ambulants*, qui ne séjournent pas à l'hôpital. Cela paraîtra étonnant, si nous ajoutons que les injections, suivant les indications donnés par l'auteur, doivent être répétées chaque jour.

II. Depuis quelque temps, les médicaments nouveaux font fureur; il est rare que leur vogue soit de longue durée. En thérapeutique, il est d'usage de ne voir d'abord que le beau côté des choses. Puis, peu à peu, on découvre que le nouveau médicament, qui était censé guérir des maux de toutes sortes, devient capricieux, manque à ses promesses et ne se fait même pas faute de donner tout le contraire de ce que l'on en attendait, tant au lieu de guérir. Quand ce n'est pas le commencement de l'oubli, c'est la fin de l'enthousiasme, du moins dans ce qu'il avait d'excessif. Ce changement de destinée est plus ou moins long à se produire. Pour ne parler que des médicaments de la veille et du jour, il semble se faire attendre pour l'antipyrine; il n'a pas été long à survenir pour l'antifébrine, *alias* acétanilide.

Les lecteurs de ce journal ont été tenus au courant des premiers essais faits en Allemagne avec ce médicament. On présentait l'antifébrine comme un antipyrétique de premier ordre, ce qu'il est en effet, à n'en juger que par la facilité avec laquelle il abaisse la température corporelle chez les fiévreux. On ajoutait que cette action antipyrétique s'exerce sans dangers pour les malades, qui tout au plus suaient un peu et contractaient une cyanose passagère. On reconnut cependant que cette manière de faire passer les malades au bleu était en rapport avec une altération du sang, qui pouvait avoir des suites fâcheuses. D'ailleurs, cet étrange changement de mine, communiqué au malade, n'était pas fait pour encourager les familles. Bref, l'*effet cyanotique* fit beaucoup de tort au nouveau médicament.

Ce n'était pourtant pas là tout le revers de la médaille. On a signalé comme conséquence du trop brusque abaissement de température, que produit l'administration de l'antifébrine, le collapsus, et ce peut être là une complication grave chez les malades débilités. On a reproché à ce médicament d'occasionner des troubles digestifs, des vomissements surtout (Demme; von Jaksch).

M. Kronecker a failli tuer un typhique qu'il traitait par l'antifébrine. En l'espace de quatre jours, on avait déjà administré à ce malade cinq prises d'antifébrine, de 2 décigrammes chacune; la défervescence s'était opérée sans autres effets concomitants appréciables qu'une abondante diaphorèse. Le cinquième jour, la température interne du malade atteignant 40°,1, on administra une nouvelle dose de 2 décigrammes d'antifébrine. Une heure après, sueurs profuses, collapsus inquiétant. Le malade, qui jusque-là avait conservé toute sa raison, perdit connaissance et tomba dans un coma profond. Ses joues, jusque-là rouges de fièvre, devinrent pâles, les lèvres cyanosées, le pouls filiforme, par moments imperceptible; la respiration superficielle et accélérée. A ce moment, la température interne n'était encore descendue qu'à 38°,3. On eut recours aux stimulants. Toutes les cinq minutes, on injecta sous la peau du malade la valeur d'une pleine seringue d'éther. On fit des enveloppements dans des draps chauds; on administra du café noir chaud. Au bout de deux heures d'une lutte désespérée, le malade, grâce à sa robuste constitution, était arraché au trépas. La fièvre typhoïde suivit son cours.

Une autre observation de M. Kronecker montre que l'action antipyrétique de l'antifébrine peut, dans certaines circonstances, se manifester avec une lenteur insolite. Une femme de 25 ans, très anémique, était entrée à l'hôpital avec les symptômes de la fièvre typhoïde. Sa température interne était à 39°,9, lorsqu'on administra à la malade une première dose d'antifébrine, de 2 décigr. La température fébrile se mit à baisser lentement, et au bout de huit heures, elle était des-

cendue à 38°,5. L'expérience fut répétée plusieurs fois, toujours avec le même résultat. A l'idée de M. Kronecker, cette lenteur avec laquelle se manifesta l'action antipyrétique de l'antifébrine était imputable à l'anémie.

III. Une observation de M. Lœwenthal prouve que, chez les enfants, l'antifibrine, comme beaucoup d'autres médicaments, est plus dangereux à manier chez l'adulte.

Il s'agit d'un petit malade qui était au second jour d'une pneumonie croupale, avec une température de 40°,9. Une dose de 5 centigrammes d'antifibrine fit tomber la température à 39°. Le lendemain matin, la température de l'enfant était remontée à 40°,7. Après trois enveloppements dans le drap mouillé, nouvelle dose d'antifibrine de 5 centigrammes. En l'espace de trois heures, la température descendit à 36°,8, mais dans l'après-midi elle était remontée à 41°. Après trois enveloppements dans le drap mouillé, nouvelle dose de 5 centigrammes. La température fébrile descendit à 37°, mais en même temps le petit malade tomba dans le coma. Au bout de quatre heures, la température remontait à 40°,5; l'enfant fut pris d'une contracture tétanique d'une demi minute de durée. Il fût certainement passé de vie à trépas, ajoute l'auteur, si d'un coup on lui eut administré la dose (0,125) d'antifibrine qui, en Allemagne, à Vienne, du moins, est couramment prescrite à des enfants en bas-âge.

Mais quelle utilité peut-il y avoir à jouer ainsi avec la fièvre, sous prétexte de traiter une maladie dont l'évolution cyclique échappe à nos moyens d'intervention? N'est-ce pas là se livrer à des expériences de physiologie qui témoignent bien plus de la résistance de l'organisme humain aux causes de destruction, que de l'efficacité des antipyrétiques?

E. Ricklin.

Indications bibliographiques.

Un cas d'empoisonnement par l'antifébrine, par le docteur Doll (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1887, n° 72).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou, par M. Paul Gauvin. Thèse de Paris, 1887. — A Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Ces accidents nerveux sont, d'après l'auteur, consécutifs des embolies gazeuses ralentissant le cours du sang et amenant ainsi un ralentissement aigu de la nutrition et des éléments anatomiques. Ce ralentissement de la nutrition devient cliniquement apparent par les symptômes d'asphyxie, dès qu'il touche les éléments nerveux du bulbe. Le mineur, lors d'une explosion de grisou, subit une compression et une décompression brusque qui fait varier la pression qu'il supporte d'au moins 6 à 7 atmosphères. Tous les symptômes dûs à la décompression brusque s'expliquent par un trouble mécanique produit par une insuffisance fonctionnelle cardiaque qui occasionne une stase sanguine et favorise la formation des embolies gazeuses.

Dr Georges Lemoine.

Vallin. — Situation et prolapsus des ovaires. Paris, Steinheil, 1887.

L'ovaire, à l'état normal, est vertical; il est appendu, par son extrémité externe, aux ligaments infundibulo-pelviens.

Il est collé contre la paroi de l'excavation et occupe, dans l'angle de bifurcation des vaisseaux iliaques, la fossette ovarienne. Au-dessous de lui, et limitée en arrière par le ligament utéro-lombaire, se trouve la fossette sous-ovarienne.

L'ovaire est presque complètement recouvert par la trompe et son aileron.

Il est très mobile à l'état physiologique, ses mouvements sont tributaires de ceux de l'utérus et se font autour d'un point fixe qui est son insertion aux ligaments infundibulo-pelviens; son prolapsus est fréquent et résulte du relâchement de ses soutiens, conséquence presque exclusive d'un défaut d'involution après la grossesse.

Les ovaires prolabés ne présentent pas de lésions caractéristiques; il s'affirment par de la difficulté et de la douleur au moment du coït et de la défécation. Souvent, il y a concomitance d'ovarite ou de rétroversion; le diagnostic doit être fait par le toucher.

Le traitement par les pessaires est insuffisant, la castration peut être indiquée unilatérale si un seul ovaire est prolabé, et de préférence exécutée par la voie vaginale.

L'oophorrhaphie, encore à l'étude, ne peut être appliquée que si l'ovaire est sain.

Chevalier. — Du pansement antiseptique du cordon ombilical. — Thèse de Paris, 1888. — Parent.

L'ouate antiseptique remplit parfaitement les trois indications capitales du pansement du cordon ombilical: elle est antiseptique, hâte la momification du cordon et se prête aux soins d'hygiène nécessaires à l'enfant. L'ouate antiseptique est préférable à la compresse enduite de vaseline phéniquée; l'ouate au sublimé ou au bi-iodure semble préférable à l'ouate iodoformée et surtout à l'ouate phéniquée.

Dans la couveuse, la chute du cordon est accélérée.

Ces conclusions s'appuient sur 103 observations prises à la clinique d'accouchement, dans le service du docteur Pinard.

Labruhe. — Étude chimique du liquide amniatique chez la femme. — Thèse de Paris, 1888. — Parent.

Se fondant sur cinq analyses de liquides amniatiques différents, l'auteur conclut que la composition sensiblement constante en est la suivante:

Réaction alcaline: Densité	1006 à 1007
Matières extractives sèches	12,07
Sels alcalins anhydres comprenant:	
Chlorures de sodium	5,596
Phosphate neutre de soude	1,464
Sulfate de soude	Traces
Sels de chaux et de potasse	Néant
Albumine (sérine)	2,533
Matières grasses	0,368
Urée	0,42
Mucine, albuminose, glycose	1,689
Eau	987,03

2° Les matières extractives sèches vont en diminuant à mesure que le terme normal de l'accouchement approche.

Il en est de même pour l'albumine et peut-être pour les sels fixes.

L'urée existe toujours, sa quantité est très faible et paraît augmenter avec le terme de la grossesse.

3° Les liquides de macération contiennent des éléments étrangers au liquide normal. On y trouve du sang, des sels, des fragments biliaires et des substances ramollies et dissoutes dans le liquide provenant sans doute du cordon, des membranes et du fœtus.

JACQUOT. — INFECTION TUBERCULEUSE PAR VOIE GÉNITALE. — Thèse de Paris, 1888. — Ollier-Henry.

Il est difficile d'admettre que la tuberculose puisse se propager par les rapports sexuels entre un sujet sain et un tuberculeux ; il y a à cette propagation trop d'obstacles de toute nature.

La tuberculose génitale, même chez des conjoints, s'explique plus facilement par une imprégnation bacillaire préalable, latente pendant un temps variable, mais venant se localiser sur un organe détérioré par traumatisme, inflammation, surmenage, absolument comme pour les autres tuberculoses locales.

La prophylaxie, dans le ménage contaminé, consistera surtout à éviter la dissémination bacillaire, grâce aux précautions et aux soins hygiéniques généralement reconnus efficaces dans ces cas.

LAMIOT. — DE LA SITUATION DES FŒTUS ET DE LA DISPOSITION DES ŒUFS DANS LES CAS DE GROSSESSE GÉMELLAIRE. — Thèse de Paris, 1888. — Parent.

La situation respective des fœtus dans les cas de grossesse gémellaire peut présenter trois types principaux :

I. Les fœtus sont situés à côté l'un de l'autre, de chaque côté de l'utérus ;

II. Les fœtus sont situés l'un au-dessus de l'autre ;

III. Les fœtus sont situés l'un devant l'autre.

Dans chaque variété, les fœtus peuvent se placer de différentes manières, l'un par rapport à l'autre.

Dans le type I, ils sont situés parallèlement et de haut en bas ; de plus, ils peuvent avoir :

a. Tous deux la tête en bas.

b. Tous deux la tête en haut.

c. L'un la tête en haut, l'autre la tête en bas.

Dans le type II :

a. Le fœtus supérieur est transversal, et l'inférieur vertical.

b. Le supérieur est vertical, et l'autre transversal.

c. Tous deux sont transversalement placés.

Dans le type III :

a. Tous deux sont verticaux, et c'est l'antérieur qui s'engage.

b. Tous deux sont verticaux, mais c'est le postérieur qui s'engage.

c. Le postérieur est vertical, et l'antérieur transversal.

Les symptômes observés varient dans les différents cas, faisons remarquer qu'ils sont particulièrement obscurs dans le type III.

L'examen de l'arrière fait peut aider à compléter et même à faire rétrospectivement le diagnostic de la variété.

Les différentes variétés qui précèdent ne constituent pas toutes les combinaisons possibles de situations respectives des fœtus, mais ce sont les seules observées jusqu'à présent dans la pratique.

REBILLARD. — DU TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES. — Paris, 1888 ; Parent.

Les végétations peuvent et doivent être opérées chez la femme enceinte.

Le seul procédé qui prévienne la récidive est l'écrépage ou grattage, avec un instrument mousse, des végétations. L'anesthésie locale ou générale doit être employée dans la plupart des cas.

Il n'y a pas d'accidents à redouter.

Mieux vaut ne pas intervenir dans la période post-puerpérale.

PAUL BERTHOD.

NOTES & INFORMATIONS

CRÉATION D'UN LABORATOIRE MICROGRAPHIQUE. — M. Ch. Girard, chef du laboratoire municipal, vient d'adresser au Conseil municipal de Paris un rapport tendant à l'installation d'un laboratoire micrographique dont la direction serait confiée à des médecins.

Voici les passages essentiels de ce rapport :

« La recherche des bactéries pathogènes s'impose de plus en plus dans le lait et dans l'eau que l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître comme figurant au premier rang des moyens de propagation des maladies infectieuses. Sans parler des germes de variole et de scarlatine transportés par le lait, la transmission de la tuberculose par ce liquide qui est si vivement discutée depuis quelques années, compte aujourd'hui bien peu d'adversaires dans le monde médical et déjà plusieurs commissions d'hygiène d'arrondissements de la Seine ont émis le vœu que la recherche des bacilles de la phthisie dans le lait fut effectuée au Laboratoire, concurremment avec l'analyse chimique.

Ce vœu n'a pu être réalisé, faute d'un local et d'un personnel suffisants. La bactériologie exige, en effet, des connaissances médicales et chimiques générales, une étude spéciale des méthodes de coloration et de culture des microbes, qui ne peut être acquise que par un travail pratique dans des laboratoires spéciaux, tels que celui de bactériologie à l'École de médecine, de chimie biologique à la Sorbonne, enfin celui de M. Pasteur.

Outre l'étude des laits, le même employé pourrait faire au Laboratoire municipal la recherche dans les eaux des bacilles de la fièvre typhoïde, et à l'occasion de celui du choléra, recherches souvent demandées par les municipalités de province, qui soumettent fréquemment leurs eaux d'alimentation à l'analyse du Laboratoire de Paris. En l'absence d'installation convenable, le Laboratoire a dû s'entendre avec le docteur Chantemesse, chef des travaux de bactériologie à l'École de médecine, pour effectuer ces recherches, moyennant honoraires payés par les intéressés ; mais il serait à désirer, pour la garantie de la rapidité et de la vigilance des recherches, que cet examen fut fait dans un local et par un personnel dépendant complètement du chef du Laboratoire municipal.

Enfin, le même service serait chargé de l'examen des cidres, des bières, des vins et des conserves, au point de vue des altérations et des maladies dont ils sont l'objet. A plusieurs reprises, des analyses de ces denrées alimentaires ont dû être complétées par des recherches microscopiques pour lesquelles jusqu'ici le Laboratoire a pu donner des réponses satisfaisantes, mais qui gagneraient évidemment en sûreté et en autorité à être confiées à un personnel spécialement exercé.

Afin de revêtir d'un caractère tout spécial ces nouvelles fonctions, nous estimons qu'il importerait de les confier à un chimiste ayant le titre de docteur-médecin, et auquel il serait alloué des émoluments en rapport avec la nature et l'importance de ses attributions.

L'étude des aliments, faite dans le sens que nous venons d'indiquer, présente de grandes difficultés et exige, de la part de celui qui en est chargé, une attention soutenue et des capacités techniques incontestables.

Le titulaire de ce service devrait donc satisfaire aux conditions exigées par l'Administration et subir, comme tous les chimistes du Laboratoire, un concours dont le sujet serait approprié à ses fonctions et dont le jury serait le jury habituel du Laboratoire, auquel on adjoindrait, par exemple, le professeur de bactériologie de l'École de médecine, et l'un des professeurs suivants : Drs Grancher, Roux ou Nocard, du laboratoire de M. Pasteur.

Le Laboratoire devra, à notre avis, offrir des avantages pécuniaires assez larges pour attirer vers lui les candidats sérieux qui voudraient concourir pour l'emploi dont il s'agit.

Dans ces conditions, nous estimons qu'il y aurait lieu de fixer à 4,500 fr. le traitement du début du titulaire dudit service et pouvant être porté à 6,000 fr. par augmentations périodiques.

D'autre part, il serait utile d'adjoindre à cet expert un aide au traitement de 2,400 fr., qui serait choisi parmi les candidats du Laboratoire.

En outre, il serait indispensable qu'il fût installé une salle spéciale pour les recherches qui nécessitent une atmosphère aussi calme que possible et un outillage approprié à ce genre de travail.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. — A la suite du Congrès pour l'étude de la tuberculose, le président, M. A. Chauveau, a adressé à M. le président du Conseil des ministres, ministre de l'intérieur, la lettre suivante, qui renferme les vœux formulés à diverses reprises par les membres du Congrès :

« Monsieur le Président du Conseil,

« Vous avez bien voulu vous faire représenter auprès du Congrès pour l'étude de la tuberculose par M. le directeur de l'Assistance publique. Le Congrès vous en a été très reconnaissant et m'a chargé de vous transmettre tous ses remerciements. Il m'a donné également la mission de vous adresser les résolutions votées par le Congrès dans la dernière séance. Ces résolutions résument les divers *desiderata* qui se sont produits au cours des discussions et auxquels il ne peut être donné satisfaction que par les pouvoirs publics.

« Elles ne concernent pas seulement la France, mais elles tendent encore à améliorer l'hygiène publique dans tous les pays du monde, dont les représentants à notre Congrès ont sanctionné par leur vote unanime les vœux exprimés dans ces diverses propositions.

« L'une d'elles, la première, est déjà réalisée en France depuis quelques jours. C'est un bon exemple, qui ne tardera pas à être suivi par les autres nations.

« Les voici toutes, dans l'ordre où elles ont été votées par le Congrès :

« 1° Il y a lieu d'inscrire la tuberculose dans les lois sanitaires de tous les pays du monde, parmi les maladies contagieuses nécessitant des mesures prophylactiques spéciales, tombant sous le coup des lois et règlements sur la police sanitaire des animaux;

« 2° Il y a lieu de poursuivre, par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totales, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelles que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux ;

« 3° Il y a lieu de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses — la tuberculose entre autres — susceptibles de se communiquer ;

« 4° Il y a lieu de rédiger des instructions simples, qu'on répandrait à profusion dans les villes et dans les campagnes, et dans lesquelles on indiquerait les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers d'infection tuberculeuse par l'alimentation, particulièrement avec le lait — et pour détruire les germes virulents contenus dans les crachats, linges, literie, etc., des tuberculeux ;

« 5° Il y a lieu de placer dans les attributions des Conseils d'hygiène toutes les questions relatives aux maladies contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui ne semblent pas, quant à présent, transmissibles à l'homme : à la vaccine, à la morve, la rage, le charbon, la tuberculose, peuvent en effet s'ajouter plus tard d'autres maladies infectieuses communes, exigeant une protection également commune ;

« Le Comité permanent d'organisation du Congrès se tiendra à la disposition des divers gouvernements pour leur donner tous les renseignements propres à faciliter la réalisation des vœux exprimés dans les propositions ci-dessus.

« Il me reste à ajouter, monsieur le président, que tous les délégués étrangers présents à nos réunions emportent des assises auxquelles ils ont assisté, la meilleure impression. Ils ont multiplié et varié de toutes manières les témoignages de leur satisfaction. C'est un grand succès pour la France.

« Je tiens beaucoup à vous rappeler qu'il est dû surtout aux efforts de M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général, auquel le Congrès a voté les plus chaleureux remerciements.

« Veuillez agréer, etc. »

R. F. D.

NOUVELLES

CONCOURS POUR LES BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre, à 4 heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 ;

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux exercices pratiques;

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire;

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien », pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ PENDANT LE DEUXIÈME SEMESTRE 1887-1888.

Ch. Lefebvre. De l'eczéma des fleurs et des varonleurs de lin. — A. Heem. Des gales anormales — L. Harlet Abcès froids péri osseux. — F. Straes. Etude sur la rupture spontanée du cordon ombilical. — H. Dematte. Contribution à l'étude des traumatismes oculaires propres aux ateliers de construction mécanique. — B. Mayeur. Du strophantus (Recherches expérimentales, cliniques et thérapeutiques. — E. Derode. De la brachydactylie. — G. Dutilleul. Essai sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la trompe utérine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 9 AU SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1888.

Fièvre typhoïde 16 — Variole 1 — Rougeole 13 — Scarlatine 1. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup. 18 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 169. — Autres tuberculoses 28. — Tumeurs : Cancéreuses 49. — Autres 5. — Méningite 23. — Congestion et hémorr. cérébrales 36. — Paralysie 6. — Ramollissement cérébral 6. — Maladies organiques du cœur 42. — Bronchite aiguë 14. — Bronchite chronique 25. — Broncho-pneumonie 16. — Pneumonie 16. — Gastro-entérite : Sein 40. — Biberon 87. — Autres 6 — Fièvre et périt. puerpérales 1. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale 19. — Sénilité 26. — Suicides 15. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort 143. — Causes inconnues 13. — Total de la semaine : 855 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par le docteur Victor Parant, directeur de la maison de santé de Toulouse. Un volume in-8o de 420 pages. — Prix : 7 fr. Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par le docteur P. Durey-Comte. Un volume in-8o de 127 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Du mécanisme de la délivrance et de l'intervention du praticien dans cette période de l'accouchement, par le docteur G. Tournay. Un volume de 136 pages, avec 3 planches et 13 figures dans le texte. — H. Lamertin, libraire-éditeur, rue du Marché-au-Bois, 33, à Bruxelles.

Sur la pathogénie des accidents nerveux, consécutifs aux explosions du grisou, par le docteur Gaudin. In-8o. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance de la commission d'hygiène hippique et publié par ordre du Ministre de la Guerre, 2e série, t. XII. Un volume in-8o de 500 pages, avec une planche hors texte. — Paris, librairie militaire de L. Baudoin et Cie, 30, rue et passage Dauphine.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

UROLOGIE CLINIQUE DE LA VARIOLE, par M. A. ROBIN (1).

L'urologie clinique de la variole ne comporte, en quelque sorte, pas d'historique, car jamais cette question n'a été traitée d'une manière systématique.

Gubler avait signalé depuis longtemps que l'urée est très notablement augmentée au début de la variole. Cette augmentation, en effet, est souvent assez considérable pour que le nitrate d'urée dépose spontanément, quand on additionne l'urine d'acide nitrique. Cette particularité même peut être utilisée dans le diagnostic de quelques cas douteux, puisque l'urine de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la scarlatine, ne renferme jamais assez d'urée pour que le nitrate précipite ainsi par une simple addition d'acide nitrique.

Pour ma part, j'ai constaté que l'urée de vingt-quatre heures se maintenait, dans la plupart des cas, chez l'adulte, et dans la période initiale de la variole, entre 28 et 38 gr.; plusieurs fois même, ce dernier chiffre a été dépassé. Quand la variole survient pendant la convalescence d'une maladie aiguë, son début est également marqué par l'azoturie. On a émis, cependant, quelques doutes sur la valeur et la constance de ce symptôme. Mes recherches m'ont fait voir que l'azoturie varioleuse est beaucoup plus constante qu'on ne le croit. Il est vrai que, souvent, elle n'est pas durable et n'existe que pendant les premiers jours de la maladie; alors, pour la reconnaître, il faut examiner l'urine dès le début.

Cependant, dans quelques cas, l'azoturie peut manquer, et il arrive que dans certains autres états fébriles l'urée augmente assez pour qu'on constate la précipitation directe du nitrate d'urée. Gubler en a cité quelques exemples et on voit également quelquefois ce phénomène dans certains cas d'embarras gastrique, de pneumonie, de bronchite intense, d'érysipèle de la face; il coïncide alors avec des symptômes de courbature.

Comme conclusion, je dirai que l'azoturie dans la variole étant très fréquente à une période où le diagnostic de celle-ci est parfois difficile peut rendre des services, mais qu'il serait faux de lui attribuer une valeur exagérée.

Il importe en outre d'établir, sous le rapport de l'azoturie, une différence entre les varioles graves et les varioles ordinaires ; dans ces derniers cas, autant que je puis conclure des quelques observations que j'ai recueillies, l'augmentation d'urée est moins marquée que dans la variole ordinaire, elle existe cependant. On serait donc en droit d'appliquer à la variole la formule que j'ai préconisée pour la fièvre typhoïde : à savoir que le chiffre de l'urée est d'autant plus élevé que la maladie affecte une forme plus franchement inflammatoire.

(1) Note présentée à l'Académie de médecine (séance du 25 septembre 1888).

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

I. Il s'est déjà écoulé sept ans depuis le jour où le docteur Félix Brémond publia le premier volume de son *Rabelais médecin*. Il était consacré à Gargantua.

Aujourd'hui, nous avons enfin entre les mains la suite de ce travail.

Le nouveau volume comprend le premier livre de Pantagruel(1). Et, comme dans le volume précédent, c'est le texte même de Rabelais que nous retrouvons sous nos yeux, mais un texte élucidé par des notes compendieuses qui doublent l'étendue du texte.

On sait que Rabelais avait fait des études médicales sérieuses, à Montpellier d'abord, où il prit le grade de bachelier le 1er décembre 1830 (1), puis à Lyon (2), qu'il quitta deux fois, en 1834 et 1836, pour aller à Rome, et qu'enfin, après une courte apparition à Paris, il revint à Montpellier pour compléter ses études. Il y fut en effet promu au doctorat le 22 mai 1837, sous la présidence d'Antoine Griphy. Il arriva même au titre de professeur (v. Gordon, p. 22).

Rabelais ne pouvait donc manquer dans son roman encyclopédique en quelque sorte de faire, même malgré lui, étalage de sa science. Aussi emploie-t-il à chaque instant des termes scientifiques. Quelquefois, ce ne sont que des expressions vulgaires se rapportant à

(1) Un volume in-18 de XII-210 pages, avec le portrait de Rabelais. — Paris, 1888. Librairie médicale et littéraire de A. Maloine.

(1) Consulter à ce sujet la belle publication du docteur R. Gordon, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier : *F. Rabelais à la Faculté de médecine de Montpellier* (1876).

(2) On n'ignore pas qu'il fut même médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon depuis le mois de novembre 1532 jusqu'à la fin de février 1534. Il fut remplacé parce qu'il s'était absenté sans congé régulier. Il y aurait d'ailleurs une étude à faire sur la vie médicale de Rabelais, qui devint plus tard médecin stipendié de la ville de Metz (consulter sur ce point le curieux mémoire de Ch. Abel, docteur en droit, publié à Metz en 1870).

Cette donnée peut être utilement rapprochée des faits découverts par M. Bronardel dans ses analyses des gaz du sang chez les varioleux, c'est-à-dire que, dans les varioles hémorrhagiques, l'oxygène des gaz du sang a notablement diminué.

La quantité de l'urine à la même période diminue notablement, tandis qu'en rapport avec l'azoturie, sa densité augmente.

Pendant la période d'état, j'ai pu mieux apprécier les modifications de l'urine, la quantité et la densité éprouvent alors peu de variations et l'urée tendant à rester stationnaire dans les chiffres de 28 à 35 gr. Plus tard, elle subit encore une poussée qui l'élève de 3 à 4 gr. au début de la suppuration, si bien qu'il n'est pas rare de constater de 33 à 40 gr. d'urée; puis brusquement elle s'abaisse et tombe à 15 ou 20 gr., en même temps que la température revient à la normale et que la convalescence s'établit.

Les *chlorures*, diminués pendant la période d'invasion (1 gr.) remontent à 2 gr., 2g,50 pendant la suppuration pour s'élever d'un seul coup à 8, 10, 15 gr. le jour où l'urée subit la diminution dont il vient d'être question.

L'acide phosphorique, augmenté pendant la période d'invasion, chez l'enfant comme chez l'adulte, augmente encore pendant la suppuration, mais, au moment de la chute thermique, il subit un abaissement considérable. Il ne reprend son taux normal que lorsque le malade commence à s'alimenter.

D'après Maragliano, les chlorures et le phosphate de magnésie peuvent disparaître totalement dans les cas graves, ce qui serait du plus fâcheux pronostic.

D'après les auteurs, les *sulfates* sont légèrement augmentés pendant l'évolution de la variole.

Becquerel avait constaté déjà que *l'acide urique* était augmenté dans la variole. Je l'ai également trouvé augmenté dans les premières périodes de la maladie (1g,50 quelquefois en vingt-quatre heures). Il diminue peu à peu à partir de la suppuration pour devenir normal pendant la convalescence.

Mais parfois, loin de diminuer pendant la dessiccation des pustoles, il subit, à ce moment, une poussée qui a la valeur d'un phénomène critique.

Frerichs a signalé la présence de *l'acide valérianique* dans l'urine des varioleux. Emminghaus dit y avoir trouvé des *acides gras*. Hoppe y a signalé la présence de la *leucine* et de la *tyrosine*.

Les *matières extractives*, en particulier celles qui sont liquides et incristallisables, sont considérablement augmentées. Dans la variole hémorrhagique, elles forment la majeure partie des matériaux organiques de l'urine. M. Pouchet en a extrait une *ptomaïne* liquide qu'il regarde comme une base hydropyridique d'une extrême toxicité.

De toutes ces assertions, je n'ai vérifié que celles relatives aux matières grasses et aux matières extractives envisagées en bloc. Souvent j'ai rencontré les premières sous forme de fines gouttelettes graisseuses. Quant aux matières extractives, elles m'ont paru augmentées dans les cas de variole grave. *L'indican* est également augmenté dans ces formes graves.

Les *sédiments* apparaissent au début sous forme de flocons plus ou moins volumineux, qui se déposent assez lentement au-dessus d'une mince couche pulvérulente plus lourde et d'apparence parfois cristalloïde. Au microscope, on trouve la couche inférieure formée de cristaux d'acide urique et d'urate de soude pulvérulent, tandis que la couche floconneuse est constituée par des débris cellulaires fortement pigmentés, par des globules blancs et par des filaments muqueux. Dans d'autres cas, la couche inférieure ne renferme que de gros nodules, arrondis, de couleur brunâtre, isolés ou agminés en masse, et qui m'ont paru être de l'urate d'ammoniaque.

Sur dix cas, six fois il existait des sédiments et quatre fois ils étaient constitués comme il vient d'être dit. Dans le cinquième cas, l'urine contenait un dépôt de phosphate ammoniaco-magnésien. Dans le sixième cas, le dépôt était formé de cylindres hyalins, épithéliaux et granulo-graisseux surtout, associés à des leucocytes, à des débris cellulaires et à un peu de pigment noir. Il s'agissait là d'une néphrite qui était apparue quelques jours avant l'éruption variolique; le rein avait été le premier organe atteint par la maladie.

Ceci me conduit à parler de *l'albuminurie variolique*. Comme l'avait dit Gubler, l'albuminurie est beaucoup plus rare dans la variole que dans la fièvre typhoïde, où elle constitue un élément constant de la maladie. Mes recherches m'ont conduit à établir quatre variétés d'albuminurie dans la variole :

1° *L'albuminurie prévariolique*, grave quand elle est abondante.

---

la médecine. Mais plusieurs fois par page il y a matière à gloser, et M. Brémond a su relever, expliquer, commenter tous ces termes.

Et ces annotations représentent une sorte de relevé de comptes de la science médicale au temps de Rabelais. Le bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, M. L. Hahn, a mis en tête de ce volume une courte préface dans laquelle il fait ressortir dignement l'œuvre du commentateur. Il y a, en effet, un plus grand mérite que l'on ne croirait au premier abord à se faire l'interprète d'un auteur comme Rabelais. Outre le mérite d'une étude attentive du texte, il faut apporter dans une entreprise de ce genre un lourd bagage d'érudition qui n'est pas à la portée de tous. Et ce bagage, cette somme de travail que réclame une pareille tentative, on semble en faire un modeste sacrifice devant l'autel d'un grand écrivain. C'est, en effet, œuvre bien ingrate que de venir offrir tous ses trésors d'érudition au bas des pages d'un auteur tel que Rabelais, capable de vous éclipser et de vous éraser.

Et cependant, dirons-nous avec M. Hahn « il est certain que la lecture de Rabelais serait indispensable à qui voudrait écrire l'histoire de la médecine à la Renaissance. Les commentaires érudits de M. le docteur Brémond sont, sous ce rapport, une bonne fortune pour le public. Erudition, précision dans les indications, choix judicieux des anecdotes et des citations historiques, rien n'y manque. C'en est assez pour assurer à la seconde partie de *Rabelais médecin* le même succès qu'à la première ».

Il n'est si bon cheval qui ne bronche. Pourquoi, à la page 149, M. Brémond écrit-il Hypophagie au lieu d'Hippophagie ? Il s'agit de manger la viande du cheval.

Mais ce n'est là qu'une vétille. Nos félicitations, par contre, nous ne les marchanderons pas à M. Brémond, sans oublier de lui demander pour le plus bref délai possible le deuxième livre du Pantagruel, qui nous fera attendre plus patiemment la fin de sa publication.

* * *

II. Lafontaine, dans sa fable du *Héron*, avait dit :

« Gardez-vous de rien dédaigner. »

Un de nos plus laborieux parmi les jeunes médecins des hôpitaux de Paris et parmi les agrégés, M. Edouard Brissaud, s'est souvenu de ce conseil du bon fablier de Mme de la Sablière, et il

2° *L'albuminurie transitoire* et peu marquée, qui apparaît au début de l'éruption et de la suppuration.

3° *L'albuminurie abondante* qui survient à une époque quelconque de la période aiguë. Elle est en rapport avec une intensité plus grande de la maladie, une forme maligne, une complication.

4° *L'albuminurie de la convalescence*, qui doit être divisée en deux variétés. La première accompagne ou précède les retours fébriles de la convalescence dus à une complication (abcès, parotide, etc.). Elle est transitoire et sans pronostic sérieux. La seconde est analogue à l'albuminurie scarlatineuse et relève, comme celle-ci, d'une néphrite particulière, dite néphrite variolique, dont les caractères anatomo-pathologiques ont été décrits par M. J. Renaut, de Lyon, dans une note dont voici le résumé :

La néphrite congestive aiguë de la convalescence de la variole, dit-il, a son type individuel ; cliniquement, elle se rapproche de la néphrite de la scarlatine, mais elle a des caractères anatomo-pathologiques bien déterminés qui permettent de la reconnaître. Elle est congestive et hémorrhagique à la fois ; ses lésions ne sont pas d'emblée diffuses, comme paraissent le croire Cornil et Brault ; elles apparaissent dans la substance corticale des reins, par îlots d'abord distincts ; ce sont des points d'œdème congestif, d'abord disséminés, qui peuvent se rejoindre et constituer un œdème aigu généralisé. Si cet œdème est passager, la restitution *ad integrum* peut suivre, s'il subsiste, il détermine une néoformation du tissu connectif dans les limites de l'infiltration œdémateuse. On a alors affaire à une néphrite interstitielle vraie et fixe qui subit ensuite son évolution fatale.

La néphrite variolique se rencontre chez 2,5 % des varioleux. M. Bourru la croit plus fréquente après la variole discrète, légitime et régulière. D'autre auteurs (Couillault) admettent qu'elle complique presque exclusivement la convalescence des varioles graves ou tout au moins des varioles confluentes ou très cohérentes.

L'examen des observations de néphrite variolique secondaire conduit à conclure que deux facteurs principaux y prédisposent, l'intensité de la maladie et le mauvais état général des malades. Gummel fait intervenir l'influence de la non-vaccination.

L'albuminurie de la variole évolue comme celle de la scarlatine, elle présente la même gravité et se termine généralement par la mort, causée par l'urémie ou par des complications cardiaques ou pulmonaires.

Cette manière originale d'envisager les manifestations rénales de la variole s'accorde en tous points avec la classification clinique que je proposais tout à l'heure, et l'on comprend comment elle permet d'envisager les modalités variables des albuminuries varioliques, car le symptôme se superpose aux lésions avec une incontestable évidence.

A l'apparition de rares points disséminés de cet œdème aigu congestif, véritable mouvement fluxionnaire, d'essence superficielle, fugace, répondent les albuminuries transitoires et peu abondantes du début de l'éruption, de la suppuration, des complications tardives et des retours fébriles de la convalescence. Les albuminuries sont peu abondantes, puisque les points d'œdème sont rares et peu étendus ; elles sont transitoires comme la fluxion, dont elles constituent la seule expression clinique.

Elles traduisent les lésions anatomiques du premier stade de la néphrite variolique, auquel on pourrait donner le nom de stade des points congestifs disséminés et capable encore de prompte résolution.

Que les lésions soient moins superficielles, les îlots d'œdème congestifs plus nombreux et plus étendus, en un mot, que ces lésions atteignent le deuxième stade de M. J. Renaut, l'expression clinique se transforme : c'est l'albuminurie abondante des formes malignes et graves, de certaines grandes complications ; son pronostic devient très sérieux, puisqu'elle indique une lésion dont la résolution est plus difficile et qui a le grave inconvénient d'annuler une partie du rein, au moment même où l'organisme est encombré de poisons dont il ne peut se décharger que par la porte rénale. Enfin, au deuxième et au troisième stade, correspondent les vraies albuminuries permanentes de la convalescence.

Et dans une vue synthétique l'on pourrait considérer toutes les albuminuries transitoires de la variole, quelle que soit leur abondance, comme des tentatives de néphrites, tentatives plus ou moins énergiques, mais qui n'ont pas abouti, tandis que l'albuminurie vraie de la convalescence témoigne de leur réalisation. »

---

a mis ce vers en épigraphe au livre qu'il vient de consacrer à l'*Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine* (1).

Quel vaste champ à peine défriché et où il y a cependant beaucoup à moissonner ! Mais ce n'est pas sans travail que M. Brissaud a pu arriver à produire ce volume.

Nous nous trouvons en face d'une œuvre d'érudition qui a dû coûter de multiples recherches et dans des recueils arides. M. Brissaud l'avoue d'ailleurs dès la préface, mais avec beaucoup trop de modestie, car il commence par se défendre « de la moindre prétention à l'érudition linguistique ou historique, voire même médicale. Il a pris simplement la peine, ajoute-t-il, de rédiger son devoir de vacances dans l'espoir que quelques lecteurs pourraient y trouver un certain intérêt ».

L'auteur n'est pas moins forcé de convenir que ce travail représente une assez grosse somme de lectures « mais il s'est trouvé facilité par l'appoint de nombreux documents obligeamment fournis par des confrères et des amis de province. Beaucoup de citations aussi sont tirées des différents glossaires ou dictionnaires historiques.

Parmi ces ouvrages figurent en première ligne le *Dictionnaire historique de l'ancien langage français*, de La Curne de Sainte-Palayre ; le *Recueil de Curiosités françaises*, d'Oudin ; le *Dictionnaire de la langue française*, de Littré ; le *Glossaire de la France centrale*, du comte Jaubert ; le *Dictionnaire de Wallon*, de Remacle ; le *Glossaire Morvandeau*, de de Chambure ; le *Glossaire Saintongeois*, d'Eveillé ; les *Etudes de philologie comparée sur l'argot*, de Francisque Michel, etc. Il fandrait évidemment puiser à beaucoup d'autres sources encore pour traiter le sujet d'une manière complète. »

Mais oui ! sans doute, après vous, il restera à glaner. Ne vous en plaignez pas. N'est-ce pas d'ailleurs aux riches qu'il est facile de laisser derrière eux des épis à ramasser ? Les pauvres s'en accommodent !

Le livre de M. Brissaud comprend les dix chapitres suivants : après un chapitre préliminaire sur la terminologie technique et le

(1) Un volume in-12 de IX-348 pages. Paris, Georges Chamerot, éditeur.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

RECHUTE PUIS RÉCIDIVE DE PNEUMONIE, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Le nommé François L...., cinquante-cinq ans, cultivateur à quatre kilomètres de Commentry, a eu à diverses reprises, depuis l'âge de douze ans, des accès de fièvre intermittente. Il était bien portant depuis une quinzaine d'années, lorsqu'il éprouva, dès les premiers jours de janvier, de légères indispositions, manque d'appétit, lassitude. Le 8 janvier, il fut pris de diarrhée ou mieux d'un commencement de dysenterie avec épreintes.

Le 10, il se rendit quand même au marché de Montaigut, faisant une quinzaine de kilomètres à pied et autant pour revenir. En rentrant chez lui, il fut pris d'un violent frisson. Il eut des selles sanguinolentes dès la journée du lendemain et les deux jours suivants.

Le mercredi 13, un frisson qui dura trois quarts d'heure l'obligea à s'aliter, et, le lendemain 14, on venait me chercher en toute hâte.

Il existait un point de côté sous le sein gauche, de la submatité en arrière et à la base du poumon gauche. La région splénique était douloureuse à la pression. Il y avait une augmentation dans l'étendue de la matité normale. Le pouls était à 128. La température axillaire s'élevait à 40°,4. La respiration courte et fréquente (44 inspiration à la minute). M. L.... toussait depuis le 11, sans expectoration. A l'auscultation, obscurité du souffle respiratoire dans toute la partie inférieure du thorax du côté gauche. Selles fréquentes, glaireuses et sanguinolentes.

Je prescris l'application de deux sangsues sous le sein gauche et un large vésicatoire à la base de la poitrine. Potion avec 6 gr. de diascordium.

Le lendemain 15, à 11 h. 1/2 du matin, le pouls est à 112, la température axillaire à 39°,6. Le point de côte a diminué. La dysenterie s'est amendée. J'entends quelques râles crépitants au-dessous de l'aisselle gauche. On me montre quelques crachats avec de petits filets de sang. La respiration est cependant plus libre (32 inspirations).

Je conseille l'application de deux nouvelles sangsues au même point que la veille, et je prescris 1 gr. de sulfate de quinine en dix pilules, que l'on prendra de deux heures en deux heures.

Le lundi 16, à 3 h. 1/2, le pouls est à 104, la température axillaire à 38°,1. A l'auscultation, plus rien. Quelques crachats de bronchite depuis le matin. Il n'y a pas eu de garde-robes depuis l'avant-veille.

On devra prendre une médecine noire le lendemain matin. Je renouvelle ma prescription de 1 gr. de quinine.

Le 17, j'arrive à 4 h. du soir, les selles ont été nombreuses; le malade est agité, anxieux. Je constate les signes d'une pneumonie vers le lobe supérieur du poumon gauche, j'entends des râles crépitants dans la région sous-scapulaire gauche et vers le haut du creux de l'aisselle. Il y a des crachats sanglants. Le malade souffre d'un point de coté au-dessous du mamelon. Le pouls est à 132, la température à 39°,8. La respiration est haletante; je compte 38 à 40 mouvements respiratoires par minute.

Je prescris 1g,50 de sulfate de quinine; je fais poser au-dessous du sein gauche deux nouvelles sangsues; puis on devra appliquer deux vésicatoires, l'un dans la fosse sous-épineuse, l'autre sous l'aisselle.

Le 18. — La température axillaire est à 38°,9. — 1g,50 de quinine.

Les crachats gluants et d'un rouge orange abondent.

Le 19. — T. A. = 38°,6; crachats purulents.— 1 gr. de quinine, teinture d'eucalyptus (4 grammes pour deux jours).

Le 20. — T. A. = 38°,8; P. = 92. — 1g,50 de bromhydrate de quinine.

Le 21. — T. A. = 38°,6; P. = 84. Crachats muqueux. — 1g,50 de sulfate de quinine.

Le 22. — T. A. = 38°,7; P. = 84. — 1g,50 de bromhydrate de quinine.

Le 23. — T. A. = 38°,8; P. = 88.— 1g,50 de sulfate de quinine (en cachets).

Le 24. — T. A. = 38°,9. — 1g,50 en cachets de bromhydrate de quinine.

Le 25. — T. A. = 38°,8. — 1g,50 de sulfate de quinine.

Le 26. — T. A. = 38°,6. Muguet. — Collutoire au tannin et au horax; 1g,50 de sulfate de quinine.

Le 27. — Dans la nuit, frisson, crachats sanglants très abondants, pneumonie droite en arrière, vers le lobe moyen. T. A. = 39°,9. Muguet un peu diminué. — Grand vésicatoire; 3 gr. d'antipyrine.

Le 28. — T. A. = 39°,7. Il y a des crachats rouges en abondance. Je prescris une potion contenant 4 gr. d'antipyrine et j'ordonne 125 gr. de vin de gentiane, le malade désirant boire du vin.

Le 29. — T. A. = 39°,2. Les crachats ont pris l'aspect de lavure de chair. — Vin de gentiane, 150 gr.; antipyrine, 2 gr.

Le 30. — T. A. = 39°,4. Les crachats sont les uns nettement purulents, les autres lavure de chair. — Vin de gentiane; antipyrine, 4 gr.

Le 31. — T. A. = 38°,8. — Vin de gentiane; antipyrine, 3 gr.

---

langage médical populaire vient celui consacré à l'anatomie et à la physiologie.

Le troisième s'occupe de la pathologie générale. Le quatrième a pour titre : *La fièvre et les maladies dans le sang;* s'il était permis de prêter à l'opulence, j'ajouterais à la synonymie que M. Brissaud nous donne des oreillons : *ourles, giffles, oripeaux*, le mot *joutons* usité en Bourbonnais, et qui ne manque pas de cachet.

Le cinquième chapitre traite des *Maladies dans les humeurs*. Puis viennent les chapitres à localisations morbides : le sixième comprenant les maux de gorge, rhumes et bronchites; le septième, les éruptions : *Rogne, Teigne, Vérole*, etc.; le huitième nous parlant des maladies du système nerveux.

Le neuvième est purement chirurgical; il est intitulé : *Plaies et Bosses*. Quant au dixième, les accoucheurs le réclameront : il n'y est question que de grossesse et d'obstétrique.

Pour des livres de ce genre, que l'on ne saurait analyser, une bonne table est indispensable; c'est ce qu'a parfaitement réalisé M. Brissaud en donnant un vocabulaire alphabétique qui remplace avantageusement une table méthodique. Je dis avantageusement, car elle permet de retrouver en face de chaque mot, qu'il soit technique ou qu'il soit emprunté à l'argot ou au patois des diverses provinces, la page où le lecteur en trouvera l'explication.

Nous ne pouvons mieux faire, dans l'intérêt de la science, de la linguistique autant que de l'histoire ou de l'érudition, que de souhaiter à M. Brissaud beaucoup d'imitateurs ou de rivaux parmi ses collègues. Il a donné là un si bon exemple!

D^r ALBERTUS.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE DES FACULTÉS.—La Commission du budget a également réduit de 200,000 fr. le crédit affecté aux bibliothèques et collections des Facultés.

Cette réduction compense l'augmentation de crédit qui résulte de ce fait que les Facultés de médecine de Lyon et de Lille vont désormais être à la charge exclusive de l'Etat, les contrats avec ces deux villes pour l'entretien à frais commun de ces Facultés étant arrivés à expiration.

Le 1er février. — T. A. = 38o,6. — Antipyrine, 3 gr.; huile de ricin, 20 gr.

Le 2. — T. A. = 38o,2. — Antipyrine, 3 gr.

Le 3. — T. A. = 38o; P. = 98. — Antipyrine, 3 gr.

Le 4, à midi. — La température axillaire ne s'élevait qu'à 37o6. Le pouls battait 84 fois par minute. A l'auscultation, je constate un souffle à droite, en arrière, vers le lobe moyen, en dedans de la fosse sous-épineuse.

Je prescris un vésicatoire de 0m,10 de côté. Potion avec 4 gr. de quinine.

Le 5, à 3 h. du soir. — La température axillaire est à 38o,2; le pouls à 92. Il n'y a plus de souffle. L'appétit revient. La langue est nettoyée. Quelques crachats rouillés.

Le 7, à 9 h. du matin. — T. A. = 37o,5; P. = 86. Crachats épais, muco-purulents, quelques-uns ont des traînées d'un brun rouge. — Potion à l'extrait de quinquina.

Le 9. — T. A. = 37o,4. — P. = 81.

Le 11. — T. A. = 38o,5; P. = 78. — Vin de quinquina.

Le 13. — T. A. = 37o,1; P. = 78.

Le 15. — T. A. = 37o; P. 73. Le malade s'est levé quelques heures. L'appétit revient.

Le 18. — T. A. = 36o,8; P. = 77. Le malade se lève. La guérison s'accentue.

Le 13 avril, François L.... venait à pied me trouver dans mon cabinet de consultation. Les forces étaient revenues, et il ne me demanda que de lui ponctionner une hydrocèle de la tunique vaginale, dont il est porteur depuis plusieurs années.

Remarques. — Dans cette observation, j'appelle *rechute* la réapparition des signes de la pneumonie du côté gauche (mais dans le lobe supérieur, tandis qu'elle siégeait à la base au début), réapparition qui est survenue le cinquième jour après le frisson initial et le troisième jour après la disparition des symptômes à la base et la suppression des crachats sanglants. Tandis que j'appelle *récidive* la pneumonie qui s'est déclarée du côté droit, le 27 janvier, c'est-à-dire le quinzième jour après le premier frisson.

Cette observation me paraît présenter, en outre, quelques autres particularités intéressantes :

D'abord l'explosion de troubles dysentériques au moment de l'explosion de la pneumonie.

Ensuite, la persistance de la fièvre et les accès fébriles qui se manifestèrent presque tout un mois, vers le milieu de la journée; à tel point que l'on pourrait se demander si on ne s'est pas trouvé en présence d'une de ces formes de pneumonies paludéennes sur lesquelles le professeur Grasset a récemment rappelé l'attention. Car il est bon de se souvenir que mon malade avait eu plusieurs fois, antérieurement, des fièvres intermittentes.

REVUE GÉNÉRALE

Des portes d'entrée de la tuberculose, par le docteur Henri Barbier, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 36, 37 et 38.

Tuberculose génitale.

Comme nous venons de le voir, de longue date déjà la contagion tuberculeuse était soupçonnée, puis vérifiée, par les différentes voies que nous venons d'examiner. Mais voici que l'attention est attirée vers un nouveau mode d'infection; et la question de la contagion par les rapports sexuels est soulevée et défendue avec des arguments irréfutables par MM. Verneuil et Verchère, Fernet et Derville.

Mais, avant de passer en revue ces travaux, rappelons la fréquence, chez l'homme, de la tuberculose des voies génitales et la possibilité pour les bacilles de passer dans le sperme; chez la femme : 1o L'existence d'ulcérations tuberculeuses vulvaires et périnéales; 2o d'une vaginite et d'une métrite spéciale: Verchère, Cornil, Babes et Fernet(1); 3o la présence du bacille tuberculeux dans le liquide qui recouvre ses ulcérations, dans celui des sécrétions vaginale et utérine : Bahezin, Cornil, Babès, Derville et Fernet (2).

Ces faits doivent servir de base à la doctrine de la contagion; mais il importe dès à présent, pour la clarté du sujet, de diviser ce chapitre en deux, comprenant les cas de contagion chez la femme et les cas de contagion chez l'homme. Or, tout récemment, notre excellent ami *Cayla* soutenait à la Société clinique et quelque temps après dans sa thèse, l'impossibilité de celle-ci.

Déjà signalée par MM. Verneuil et Verchère, l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme a été surtout bien mise en lumière par M. Fernet (3) qui a apporté à l'appui de son opinion des faits qui ont toute la rigueur d'expériences de laboratoire. Notre excellent ami Derville (4) a publié sur ce sujet une thèse fort complète, à laquelle nous empruntons les détails qui vont suivre. La même année, dans deux thèses parues : l'une à Strasbourg (5), l'autre en Allemagne (6), la possibilité d'une pareille contagion était admise.

Comme nous l'avons dit, la présence du bacille tuberculeux dans les sécrétions génitales de la femme n'est plus aujourd'hui mise en doute : Babes, Goze et Simon (7), Fernet, Derville, Schuchardt et Kranse (8), Wesener (9), ont mis ce fait bien en lumière. M. Nocard (0) a fait la même observation chez deux vaches tuberculeuses.

La constatation de ce micro-organisme dans les sécrétions vaginales et utérines a dès lors une importance capitale, car on chercherait en vain sur un utérus malade les lésions grossières de la tuberculose classique au début, dit Derville; l'affection se présente avec les allures d'une métrite vulgaire : rien, dans les sécrétions, dans les troubles morbides, dans les modifications physiques de l'utérus, ne peut faire songer à la tuberculose.

Une autre cause d'erreur réside dans la facilité avec laquelle la tuberculose génitale semble guérir, surtout par les applications d'iode, de sorte que, en y regardant de près, Derville croit que ces inflammations spécifiques des conduits génitaux sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit.

Ceci posé, d'où vient dès lors le bacille infectant ? De plusieurs sources :

(1) Société anatomique, 1883.
(2) Société des hôpitaux.
(3) Fernet. Société des hôpitaux, 1883. — Fernet et Derville. Société clinique, 1886.
(4) Derville. *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme.* Th. de Paris, 1886.
(5) Spaeth (Fred.). Strasbourg, 1885.
(6) Hegar. Stuttgart, 1886.
(7) Bulletin général de thérapeutique, 1884.
(8) Fortschrift der Medicin., 1883.
(9) Wesener. Deutsche Arch. für Klinische medic. Bd XXXIV.
(0) Recueil de médecine vétérinaire, 1884.

1° De l'air, d'après Mosler; origine douteuse (Derville);

2° D'une véritable inoculation par les instruments ou par les doigts de l'accoucheur (Mosler, Wiedow, Hégar). Une érosion devient la porte d'entrée. Hégar cite à l'appui ce fait d'une femme sans tare aucune, chez qui, après son septième accouchement, se développe une tuberculose génitale. Pour cette dernière conche, on a dû arracher le placenta;

3° Reste enfin la vraie cause de l'infection génitale, l'infection par le sperme, contenant les bacilles caractéristiques. Cette constatation, si elle n'a pas été faite directement, l'a du moins été pour l'urine: Cornil, Babés; de Gennes, Debove, Rosenstein, ont trouvé l'agent infectieux dans l'urine des malades porteurs de tuberculose génito-urinaire. De plus, enfin, des malades offrent souvent des écoulements indolents peu abondants, blanchâtres, qui *pourraient* aussi le renfermer. On conçoit de quelle importance serait cette constatation. Malheureusement, c'est encore à faire. Dans un cas que j'ai examiné avec beaucoup de soin, sur la demande de mon cher maître, M. Fernet, je n'ai absolument rien trouvé. Il s'agissait d'un tuberculeux qui, de temps en temps, tachait son linge pendant un jour ou quelques heures.

Je rappellerai cependant ici les expériences de MM. Landouzy et H. Martin (1) qui, avec du sperme de cobaye tuberculeux, ont fait des inoculations, et qui, sur un total de seize expériences, ont eu dix résultats positifs. Je ne reviendrai pas sur ce point, dont j'ai déjà parlé dans la partie de cette revue qui a trait à la tuberculose héréditaire; mais il reste acquis ce fait important que le produit de sécrétion du testicule chez des animaux tuberculeux, en l'absence même de tuberculose génitale, est tuberculisant. Manque, il est vrai, la constatation même du bacille.

Je rappelle également que MM. Linera et Pernice ont obtenu des résultats analogues à ceux de MM. H. Martin et Landouzy, et que Cart Jain (2) a découvert des bacilles sous et dans les exophthalmies génitales.

Mais, quoi qu'on pense de cette inconnue, on n'éprouve cependant aucune répugnance à admettre qu'un individu porteur de lésions tuberculeuses des voies spermatiques puisse avoir des bacilles dans le produit de l'éjaculation.

Que faut-il conclure de ce qui précède? C'est que, à ce dernier point de vue, les recherches sont encore trop peu avancées pour qu'on puisse formuler une conclusion précise. Quant aux sujets porteurs de lésions testiculaires, nul doute que les bacilles ne trouvent dans les voies génitales de la femme les conditions de milieu et de température nécessaires à leur pullulation et que la transmission morbide ne puisse se faire avantageusement.

L'histoire des femmes ainsi contagionnées est à peu près toujours la même. Bien portantes jusqu'à leur mariage, elles épousent un mari tuberculeux et, au bout d'un temps plus ou moins long, elles le deviennent elles-mêmes. Mais, comme le fait remarquer M. *Fernet*, la localisation génitale est à ce point prépondérante chez elles, que c'est l'affection utérine qui les amène à l'hôpital, où l'examen approfondi montre que le poumon est plus ou moins envahi. Les troubles utérins consistent surtout dans la suppression des règles, dans l'apparition d'un écoulement blanchâtre, peu épais, et de douleurs plus ou moins vives dans le petit bassin. Le col est en général, volumineux, offrant une coloration rouge carmin, soit autour de l'orifice externe, soit par îlots, et un aspect granuleux; un liquide glaireux s'en écoule. Lorsque la confrontation est possible, on trouve chez l'homme (Bouffe, Fernet, Derville), en l'absence de tuberculose pulmonaire, des indurations caractéristiques de l'épididyme; quelquefois il offre de temps en temps des écoulements uréthraux passagers. Au bout de temps variable, après des troubles utérins, ou en même temps qu'eux, la femme maigrit, s'affaiblit. La toux, les sueurs nocturnes, se montrent, et à ce moment on peut constater les signes indubitable d'une tuberculose pulmonaire.

Mais, si l'on cherche la raison de cette localisation dans les organes profonds de la femme, alors que la vulve, le vagin sont la plupart du temps indemnes, on retrouve des différences anatomiques, mises en évidence par *Verneuil* et *Verchère* (1), et qui font de la muqueuse utérine un milieu beaucoup plus vulnérable que la muqueuse des premières voies, protégées qu'elles sont par une tunique muqueuse épaisse et résistante. Les cils vibratils de l'utérus, l'orgasme vénérien, doivent encore favoriser la pénétration du germe.

(*A suivre.*)

(1) *Loco citato*. Tuberculose héréditaire.
(2) Idem.

(1) *Loco citato*.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE DES GREFFES ZOO-CUTANÉES AVEC LA PEAU DE POULET, par M. L. ORCEL (*Lyon Médical*, 1888, n° 15, p. 551). — II. TRANSPLANTATION DE LA PEAU D'UN CADAVRE, par le docteur BARTENS (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, n° 32, p. 649). — III. DÉCHIRURE ÉTENDUE DE L'URÈTHRE; GUÉRISON APRÈS TRANSPLANTATION DU FEUILLET INTERNE DU PRÉPUCE, par le docteur MEUSEL (Ibidem, n° 39, p. 784). — IV. SUR LA TRANSPLANTATION DE PEAU CARCINOMATEUSE, par le docteur E. HAHN (Ibidem, n° 21, p. 413).

I. Au mois de février dernier, M. P. Redard communiquait à la Société de biologie une note, parue dans ce journal (n° 6, p. 63), et dans laquelle il recommandait l'emploi des peaux d'oiseaux et particulièrement des peaux de poulet, pour les greffes destinées à hâter la cicatrisation et la réparation des plaies. M. Redard annonçait la publication prochaine d'un travail dans lequel seraient exposées les modifications histologiques subies par les peaux d'oiseaux greffées.

C'est précisément cette étude qu'a entreprise M. ORCEL, à propos de deux tentatives de greffes de peau de poulet, faites dans le service de son maître, M. Poncet, de Lyon.

Les conclusions placées à la fin du travail de l'auteur, et que nous allons retranscrire, édifieront suffisamment nos lecteurs sur les imperfections que reprochait M. Orcel au procédé de greffe zooplastique préconisé par M. Redard. Des résultats de ses recherches histologiques, qui sont en concordance parfaite avec les données de l'observation clinique, M. Orcel a conclu que:

1° La greffe de peau de poulet adhère assez intimement à la plaie, mais ses éléments constituants ne présentent aucun signe de vitalité et de prolifération;

2° Cette adhérence se détruit assez rapidement et aboutit à un sillon de séparation et à l'élimination de la greffe;

3° Cette destruction, cette atrophie des éléments consti-

tuants des lambeaux transplantés et leur élimination, varient suivant les plaies. Elle est plus rapide sur des surfaces à bourgeons œdémateux, n'étant en aucune façon en voie d'épidermisation, que sur des couches bourgeonnantes de bonne nature ;

4° Il n'y a aucunement à compter sur la greffe vraie des éléments de la peau de poulet et sur la reproduction de l'épiderme par leur prolifération ;

5° Il est impossible que le pansement animal que réalise la greffe de peau de poulet aide par sa présence à l'organisation du tissu des bourgeons charnus et la prépare à recevoir l'épidermisation.

II. Un garçon de 14 ans, apprenti brasseur, s'était accidentellement échaudé les deux pieds avec de la bière bouillante. Ce n'est que dix jours après cette brûlure grave qu'on le fit entrer à l'hôpital. Les téguments étaient détruits sur presque toute la surface des deux pieds, les plantes et les orteils exceptés. Cette destruction de la peau s'étendait jusqu'à 3 et 6 c. au-dessus des malléoles. Les surfaces ulcérées étaient le siège d'une abondante suppuration et de violentes douleurs.

Après avoir détergé les surfaces ulcérées, M. BARTENS appliqua sur la plaie du pied gauche de l'iodoforme en poudre et un pansement onaté ; la plaie du pied droit fut pansée avec une pommade au nitrate d'argent (faible) et recouverte également d'une couche de ouate. Plus tard, les deux plaies furent pansées successivement avec de l'iodoforme, une solution de permanganate de potasse et de la créoline ; de plus, les granulations, quand elles devenaient exubérantes, étaient légèrement cautérisées avec du nitrate d'argent. Sur les bords des surfaces ulcérées il se forma d'abord du tissu cicatriciel de bonne nature ; puis le travail de réparation ne fit plus de progrès. Une tentative de transplantation de peau s'imposait.

Or, étant donné l'état d'anéantissement du sujet, il ne fallait pas songer à lui emprunter des lambeaux de peau, et dans l'entourage il ne se trouva personne qui voulut faire les frais de cette transplantation. Sur ces entrefaites, succomba à l'hôpital une femme démente, âgée de 75 ans, emportée par une pyémie consécutive à une fracture compliquée du bras. M. Bartens prit le parti d'enlever sur le cadavre, environ vingt minutes après la mort, deux lambeaux de peau, volumineux, en très bon état, provenant des jambes. Les deux lambeaux furent déposés dans de l'eau tiède additionnée d'un peu de sel de cuisine et transportés, à quelques centaines de pas, dans le baraquement où se trouvait le lit du malade à opérer. Là, les deux lambeaux furent nettoyés avec soin, débarrassés de la graisse qui y adhérait, découpés en lamelles de 1 centimètre environ de largeur sur 1 à 2 cent. de longueur.

Ces lamelles furent appliquées, à des intervalles déterminées, sur les ulcérations, lavées préalablement à l'eau chaude. On saupoudra le tout d'iodoforme et on appliqua un pansement ouaté. L'opération était terminée une heure et demie après la mort de la femme dont le cadavre avait fourni les lambeaux. Le nombre des lamelles de peau transplantées sur chaque pied était de 14.

Le 19 décembre, on changea pour la première fois le pansement. A chaque pied, 12 lamelles transplantées avaient pris racine ; deux seulement, placées à côté des malléoles, étaient restées adhérentes au pansement. Quelques-unes des autres présentaient à leur bord une teinte de mauvais aloi. On lava les surfaces ulcérées avec une solution de permanganate de potasse, et on appliqua un second pansement, qui fut enlevé le dixième jour après l'opération. Les 24 lamelles étaient restées adhérentes et après une irrigation du champ opératoire, elles se présentaient avec un excellent aspect ; quelques-unes étaient déjà, vers leurs bords, le siège d'une prolifération épidermique très manifeste. Les lamelles transplantées étaient douées d'une sensibilité bien nette.

Le travail de cicatrisation progressa très rapidement autour des lamelles transplantées. Au niveau des malléoles seulement subsistaient des ulcérations, dont les plus volumineuses avaient un diamètre d'une pièce de 1 franc. On transplanta à ce niveau, de petites lamelles de peau empruntées, les unes au sujet lui-même, les autres à deux cadavres ; il fut impossible d'obtenir l'adhérence de ces lamelles transplantées. Finalement, les parties ulcérées se cicatrisèrent après plusieurs grattages avec la cuiller et des séances répétées de massage. Le jeune homme était complètement rétabli au bout de sept mois et demi de séjour à l'hôpital. Telle était la souplesse du tissu cicatriciel néoformé, que le patient pouvait imprimer à ses pieds tous les mouvements physiologiques, sans éprouver la moindre résistance.

III. Le sujet de l'observation de M. MEUSEL, un garçon de 8 ans, était tombé à califourchon, d'une grande hauteur, sur la rampe d'un escalier. Deux jours après, lorsqu'on le conduisit chez le médecin, sa vessie remontait jusqu'à l'ombilic, et il fut impossible de faire pénétrer une sonde jusque dans cet organe. Le périnée était envahi par une tuméfaction bleuâtre ; une incision, pratiquée à ce niveau, donna issue à une grande quantité de sang, mais il ne paraissait pas que ce liquide fut mélangé d'urine. L'urèthre était entamé sur une étendue de 2 centimètres, sa paroi était réduite en bouillie ; dans la poche sanguine qui s'était formée à ce niveau pendaient, de chaque côté, des lambeaux déchiquetés. La rupture de la paroi uréthrale était complète et s'étendait depuis la portion caverneuse jusqu'à 2 centimètres en arrière.

L'état de la plaie contre-indiquant l'emploi des sutures, une sonde fut introduite à demeure, et la cicatrisation s'effectua peu à peu. D'abord, la miction et le passage d'une sonde se firent sans difficulté, puis, après une première sortie, le malade réintégra l'hôpital avec un rétrécissement infranchissable. On procéda à l'uréthrotomie externe, et on tomba sur un rétrécissement si étendu qu'on ne pouvait plus espérer qu'après l'avoir excisé, on obtiendrait une cicatrisation par première intention. On se borna à introduire une sonde de gros calibre. Mais on n'atteignit qu'un résultat passager.

Au bout de quelques mois, la plaie opératoire était réduite à une petite fistule qui livrait passage à l'urine. L'urèthre était impraticable aux sondes les plus fines ; le petit malade était en proie à un tenesme continu.

C'est alors que M. Meusel se décida à pratiquer l'opération suivante :

Après section du rétrécissement cicatriciel, le bout périphérique, situé immédiatement au-devant du corps caverneux, fut divisé transversalement, de telle sorte que la portion comprise en avant de l'incision était tapissée dans toute son étendue par une muqueuse saine. Une incision semblable fut conduite à travers le bout central.

Entre les deux incisions, l'urèthre était transformé en un cordon cicatriciel de 2 cent. 1/2 de longueur et qui fut excisé. Puis le feuillet interne du prépuce fut disséqué et excisé sur

une longueur de 5 cent. et sur une largeur de 2 cent. 1/2 ; on le fixa ensuite, par quatre points de suture au catgut, à la section périphérique du pénis, et par quatre autres points de suture, à la section centrale, en amenant au contact les surfaces à vif, la surface épithéliale du lambeau débordant dans les deux bouts de l'urèthre divisé.

On introduisit ensuite dans le canal une sonde en gomme, sur laquelle le lambeau transplanté s'adapta à la manière d'une gousse, en même temps qu'il se trouva pressé contre les tissus sous-jacents On avait craint que le séjour à demeure de la sonde entraînât la mortification du lambeau; cette crainte ne se réalisa point. Après l'opération, ce qui restait du prépuce fut excisé.

Trois jours après, en renouvelant le pansement, M. Meusel put constater que, dans la partie supérieure de la plaie, les bords latéraux du lambeau étaient en bon état, solidement accolés. Au cinquième jour, en présence du professeur Bardenheuer, il écarta les lèvres de la plaie ; le lambeau, toujours en bon état, adhérait dans toute son étendue aux tissus sous-jacents. La sonde fut laissée à demeure pendant huit jours encore, puis on ne l'introduisit plus que toutes les heures. La plaie cutanée ne se cicatrisa que très lentement. Par contre, l'incontinence se dissipa très rapidement. Déjà, au bout de huit jours, l'urine était émise sous forme de jet puissant.

En somme, grâce à cette opération, l'uréthre s'est trouvé restauré sur une certaine étendue, sous forme d'un conduit à surface interne intacte et inaccessible à l'envahissement du travail cicatriciel. Le professeur Bardenheuer s'était proposé de répéter cette tentative dans deux cas qui semblaient devoir s'y prêter. Ce projet a été mis à exécution dans un de ces cas ; le résultat a été très satisfaisant.

IV. M.Senger avait opéré une première fois, d'un carcinome du sein, une femme, qui vint se représenter le 24 mars 1887 ; une récidive lui occasionnait des douleurs intolérables. La malade demandait une opération à corps et à cris. Or, étant donné l'état de la néoplasie, il ne pouvait être question de tenter une opération radicale.

Dans l'espoir d'agir sur l'esprit de cette malheureuse et de lui procurer un peu de soulagement et de calme, M. Hahn se décida à faire la transplantation des quelques-unes des nodosités cancéreuses disséminées en grand nombre dans le voisinage du foyer principal d'infiltration diffuse. L'opération eut lieu le 9 avril ; à l'aide de ciseaux de Cooper, M. Hahn enleva trois fragments de peau, dont deux provenant du foyer d'infiltration même et un autre d'une des nodosités avoisinantes. Il enleva également trois fragments de peau semblables, du côté sain. Ces trois derniers furent transplantés aux points où avaient été enlevés les trois fragments carcinomateux, et réciproquement. On appliqua ensuite un pansement à l'iodoforme.

Le 22 avril, on changea pour la première fois le pansement. Les fragments transplantés adhéraient tous ; autour d'eux s'était fait une prolifération d'épithélium.

Le 19 mai, deux des fragments transplantés du côté sain étaient bordés de petites nodosités dures, très vascularisées, du volume d'un grain de millet, à surface brillante, faisant une légère saillie. Dans la suite, ces nodosités augmentèrent de volume, devenant en tout semblables à celles qu'on découvrait sur le côté gauche de la poitrine. Le 2 juin, elles avaient acquis les dimensions de pois chiches, et celles de cerises le 24 juin. Quatre jours après, la femme était morte.

A l'examen histologique, les nodosités en question présentaient tous les caractères des tumeurs carcinomateuses. Donc, conclut l'auteur, la transplantation de fragments de peau carcinomateux, en des régions saines, peut donner naissance à une prolifération carcinomateuse, susceptible d'empiéter sur les parties saines. Déductions pratiques : quand on extirpe un carcinome, il faut, pour l'occlusion de la plaie, employer d'autres instruments que ceux qui ont servi pour l'opération proprement dite, et pendant le cours de celle-ci, il ne faut pas saisir indifféremment avec les mêmes instruments les parties cancéreuses et les tissus sains. On arrivera peut-être ainsi à diminuer les chances de récidive locale.

D'autre part, les résultats de l'expérience de M. Hahn semblent justifier l'hypothèse émise par l'auteur, comme quoi c'est surtout dans les éléments carcinomateux jeunes qu'il faudra rechercher les facteurs étiologiques qui interviennent dans la genèse du cancer.

Les investigations de ceux qui s'occupent de cette question devront donc porter de préférence sur les jeunes nodosités disséminées de la peau, qu'on observe dans les cas de cancers superficiels.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie internationale de chirurgie. — Organes génitaux urinaires de l'homme et de la femme.

L'encyclopédie internationale de chirurgie, dont la publication a commencé il y a quelques années, se termine aujourd'hui par le VIIe volume, qui a trait aux maladies des organes génito-urinaires. On sait quel est le plan de cet ouvrage ; la rédaction en a été confiée à un grand nombre de chirurgiens de valeur, de nationalité et de langue diverses; une entière liberté leur a été laissée. Aussi ne faut-il pas s'attendre à trouver une œuvre homogène, conçue dans un même esprit. C'est plutôt un dictionnaire où l'on voit réunies des idées différentes et quelquefois contradictoires, mais où chaque rédacteur apporte, en plus de ses opinions personnelles, l'exposé des travaux de ses prédécesseurs et de ses contemporains.

La description des maladies des organes génito-urinaires est due presque toute entière à des auteurs français. Seul, M. Regin Harrison a étudié la plupart des affections chirurgicales de la vessie, ainsi que de la prostate. Ce cadre est trop vaste ; il était difficile, dans un nombre de pages restreint, de tracer toute la pathologie de la vessie, comme on a voulu le faire; aussi bon nombre de chapitres se réduisent à une simple nomenclature. En ce qui concerne la prostate, M. Harrison a sacrifié évidemment, de propos délibéré, certaines parties qui lui semblaient de moindre importance, telles que la prostate chronique ou le cancer de la prostate, chapitres dans lesquels on chercherait en vain la trace de travaux récents de grande importance. Il a concentré son étude sur l'hypertrophie, partie de beaucoup la plus intéressante au point de vue pratique.

Là, on trouve reproduites les opinions que le célèbre chirurgien de Liverpool a fait connaître dans des publications et des journaux anglais, opinions qui ont surtout rapport au trai-

tement. M. Harrison est partisan du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate dans certains cas déterminés : 1o Lorsqu'il existe des symptômes douloureux, la taille latéralisée permet d'explorer les parties et, si c'est possible, d'enlever la tumeur; 2o si, au cours d'une opération de taille, on rencontre une prostate hypertrophiée, il faut l'explorer avec le doigt, et si l'ablation d'une partie saillante est possible, y procéder séance tenante; 3o enfin, en présence d'un calcul compliqué d'hypertrophie de la prostate, la constatation d'un lobe pédiculé, plus ou moins bien isolé, fera choisir la taille plutôt que la lithotritie, dans le but d'enlever en même temps la saillie prostatique.

Cette extirpation n'est pas la seule opération que conseille M. Harrison : quand la difficulté du cathétérisme est considérable, et que celui-ci provoque de la fièvre ou des hémorrhagies, on rend service au malade en pratiquant une prostatomie boutonnière périnéale, au moyen de laquelle on arrive sur la glande qu'on divise; puis on installe une canule périnéale pendant un certain temps, au bout duquel la serre-sonde uréthrale est à son tour placée à demeure une fois la cicatrisation périnéale obtenue : le cathétérisme uréthral est en général rendu plus facile.

Sans doute, nous devons être reconnaissants à M. Harrison de nous faire profiter des résultats de sa longue expérience; cependant, on regrette de ne pas voir exposées dans son article *encyclopédique* les idées on la pratique d'autres chirurgiens. En effet, la lecture de cet article ne rend pas compte de certains progrès accomplis de divers côtés, et on n'a pas un tableau d'ensemble, mais seulement des théories vraies des moyens de diagnostic et de traitement qu'il est utile de connaître. Cette lacune a été, il est vrai, heureusement comblée dans une certaine mesure par les notes que le traducteur, M.E. Monod, a ajouté au texte original.

Le professeur Duplay a traité des maladies de l'urèthre. La publication de son Traité de pathologie externe, dans le dernier volume duquel les mêmes matières sont abordées, est de date trop récente pour que nous trouvions ici un article sensiblement différent du traité. Le peu d'espace dont l'auteur disposait l'a contraint à une condensation qui ne nuit d'ailleurs en aucune façon à la clarté ni à l'intérêt. Certains points ont retenu plus particulièrement son attention, tels que les vices de conformation et les fistules, dans le traitement desquels les procédés du professeur Duplay ont fait faire de si sensibles progrès.

Un très important article sur les calculs urinaires nous est donné par M. Pousson ; nous y retrouvons à la fois l'historique de la question, des indications bibliographiques nombreuses et complètes. L'exposé des travaux récents les plus importants, soumis à une sévère analyse, est joint aux opinions personnelles de l'auteur. Aussi cet article est-il, à nos yeux, le type de ce qu'on est en droit d'attendre dans cette encyclopédie.

Après avoir retracé la composition chimique des calculs, M. Pousson discute leur étiologie et leur pathogénie, deux points des plus obscurs de la pathologie urinaire. Nombre de personnes, vidant mal leur vessie, ne voient jamais de pierre se former dans le réservoir urinaire; des individus rendent en quantité des urates et des oxalates dont sont surchargées leur urine et ne deviennent jamais calculeux, tandis que dans des voies urinaires saines et avec des urines normales, des calculs se produisent et récidivent avec la plus grande facilité.

Cette force inconnue qui préside à la formation des concrétions a inspiré aux auteurs anciens des théories multiples. Nous ne parlerons pas de la force pétrifiante provoquée par Van Helmont, ni du catarrhe lithogène à qui Mickel attribuait le pouvoir de précipiter des concrétions et des calculs; nous signalerons l'influence de l'électricité, à cause du nom illustre de Becquerel, qui prétendait avoir réussi à produire des phosphates et des urates insolubles après avoir soumis certaines masses d'urine à des courants électriques. En supposant que ces courants agissent ainsi, nous ferons remarquer avec M. Pousson qu'il faudrait prouver leur existence dans l'économie et démontrer leur origine.

Les théories chimiques font leur apparition avec Schérer, qui démontre que l'urine subit deux sortes de fermentation : une acide qui met l'acide urique en liberté; l'autre alcaline qui décompose l'urée et facilite la précipitation des phosphates. Cela est exact, mais cette théorie n'explique pas l'agglutination des sels qui constituent le calcul. Fourcroy alla au devant de cette objection en invoquant un mucilage collant et visqueux qui rapproche, réunit et resserre les particules acide ou alcaline. Robin modifia cette manière de voir; pour lui, dissous par des substances coagulables liquides en raison d'une véritable combinaison chimique avec elles, les principes composant ces calculs en retiennent une partie qui leur reste fixée chimiquement lorsqu'ils passent de l'état liquide à l'état solide; cette adhésion est le résultat du fait physique de la juxtaponction par contact réciproque. La précipitation des principes solides se produirait ainsi toutes les fois que le liquide qui sert de dissolvant serait plus ou moins abondant; la clinique ne permet pas d'admettre un instant une semblable théorie.

Des expériences plus intéressantes furent faites par G. Rainey et Ord. Rainey laissa reposer pendant un mois une solution de gomme arabique saturée de carbonate de potasse. Au bout de ce temps, il vit que le carbonate de chaux s'était précipité sous forme de sphères d'une autre structure que les cristallisations ordinaires; il en conclut que la viscosité de la gomme permet aux molécules d'obéir aux lois de l'attraction mutuelle et détruit la polarité. C'est sous l'influence des substances colloïdes que se produirait cette « coalescence moléculaire ».

Ord a repris ces expériences; pour lui, les sels en dissolution dans l'urine normale ou pathologique peuvent voir, en présence des colloïdes, leur forme cristalline s'altérer, se modifier, s'agglomérer et constituer ainsi des calculs.

Ces principes colloïdes se rencontrent aussi bien dans l'urine normale que dans l'urine pathologique. Le mucus, la matière colorante rétractive, joueraient ce rôle aussi bien que le sang, le pus, le sucre ou l'albumine.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés au sujet de la lithogénie paraîtront peut-être trop étendus dans une analyse rapide comme celle-ci; mais nous avons tenu à les exposer, car ils sont peu connus en France, et il faut savoir gré à M. Pousson d'avoir reproduit et discuté ces théories et ses résultats. L'étiologie est ensuite longuement étudiée : toutes les conditions géographiques, climatologiques, les causes individuelles, l'hérédité, l'hygiène, ainsi que les causes locales, sont passées en revue.

Il en est de même de l'anatomie pathologique; la classification des calculs, pour être complète et étendue, ne perd rien de sa netteté.

Nous regrettons de ne pouvoir parler des lésions de l'appareil urinaire, des symptômes, ainsi que du diagnostic dont

les règles sont posées d'après les principes formulés par le professeur Guyon. Le traitement médical et préventif est très important, car on se rappelle qu'il s'agit ici de calculs de toutes les parties de l'appareil urinaire. Le manuel opératoire des diverses tailles, de la lithotritie, fait l'objet d'une minutieuse description, et, bien que l'auteur prenne surtout pour guide la pratique du professeur Guyon, les procédés, les habitudes opératoires des différents chirurgiens, surtout des étrangers, nous sont indiqués chemin faisant.

C'est, en résumé, une étude remplie de faits méthodiquement et clairement exposés, où l'on reconnaît la plume du savant agrégé de Bordeaux.

M. Schwartz a fait tenir dans moins de 200 pages la pathologie des organes génitaux de l'homme. Tous, étudiants et praticiens, trouveront profit à la lecture de son article. Dans la description des lésions anatomiques de l'étiologie, l'auteur a réuni les faits utiles à connaître, sans s'égarer dans les discussions théoriques.

La chirurgie moderne a enrichi la thérapeutique de plusieurs procédés qui, quoique constituant un progrès incontestable, ont été peut-être acceptés avec trop d'exclusivisme en dehors de nos frontières. Ainsi, pour ne parler que du traitement de l'hydrocèle, beaucoup de chirurgiens étrangers abandonnent complétement la cautérisation iodée ou argentique et ouvrent largement et d'emblée la cavité vaginale, même pour une hydrocèle simple. M. Schwartz réagit contre un pareil engouement; il reconnaît les services que rend une large incision et en pose les indications dans des cas spéciaux, tels que les hydrocèles récidivantes, mais il réserve pour les cas ordinaires l'injection iodée, à laquelle il ne faut pas oublier qu'on doit de nombreux succès. Il en est de même de chaque méthode opératoire dont les indications sont posées avec un grand soin clinique.

MM. Poisson et Segond se sont partagés la description des maladies de l'ovaire et des annexes. Le principal intérêt de cette étude était l'exposé des nouvelles méthodes de traitement et des importantes conquêtes que la chirurgie fait tous les jours sur ce domaine. M. Poisson a réuni un grand nombre de faits publiés surtout à l'étranger. On trouvera dans ce chapitre, qui a trait à la salpingite, des documents présentés sous forme de tableaux et dont les résultats convaincront les personnes qui douteraient encore de l'efficacité et de la sécurité de l'intervention chirurgicale dans les affections de la trompe.

M. Segond nous donne une description des tumeurs de l'ovaire, basée également sur des faits très nombreux. Si les symptômes et l'anatomie pathologique sont étudiés avec soin, c'est sur le traitement que M. Segond s'est le plus longuement étendu.

Dans la pratique de l'antisepsie, où l'inobservation d'un détail en apparence futile peut entraîner à un échec, on ne saurait entrer dans trop de recommandations; c'est ce qu'a fait M. Segond. En lisant son brillant exposé de l'ovariotomie, on assiste réellement à cette opération et on n'a qu'à suivre l'auteur, qui prévoit toutes les fautes et vous met en garde contre elles.

Les affections chirurgicales de l'utérus sont étudiées par M. Bouilly. Ici encore, le principal intérêt consiste dans la thérapeutique, car il n'est pas de branche de la chirurgie qui ait été plus profondément modifiée que la thérapeutique utérine. En ce qui concerne les déviations utérines, il n'accepte qu'avec certaines réserves et limite à conditions restreintes l'opération d'Alquié-Alexander, ou raccourcissement des ligaments ronds. Les résultats, dit-il, sont incertains, et si l'opération paraît d'une grande innocuité, le bénéfice qu'en retirent les malades est médiocre. Il lui préfère en général, soit la reposition bi-manuelle de Schultze, soit la colporraphie. Sans doute, l'opération d'Alexander est souvent insuffisante; mais la colporraphie ne permet-elle même qu'en partie d'obtenir le résultat cherché et elle maintient l'utérus sans le redresser; la combinaison de ces deux opérations nous semble réaliser ce desideratum et a déjà donné de nombreux et brillants succès.

Il n'est pas question, dans ce chapitre qui traite des maladies chirurgicales de l'utérus, des métrites aiguës ou chroniques. Aujourd'hui, cependant, ces affections sont complètement détachées de la pathologie interne et justiciables de moyens chirurgicaux très variés, dont les indications ne sont peut-être pas toutes encore bien posées, mais dont l'utilité est incontestable. Peut-être aurait-il été bon de consacrer quelques lignes à ces affections, justiciables aujourd'hui au premier titre d'une chirurgie active.

Les tumeurs utérines sont l'objet d'une remarquable description, ainsi que les nombreux procédés opératoires qu'on leur a appliqués. Le cancer utérin en a surtout bénéficié; les amputations sous-vaginale et intra-vaginale sont d'une difficulté d'exécution assez grande et donnent des résultats assez peu satisfaisants pour ne pas être mises en parallèle avec l'hystérectomie vaginale. Le manuel de cette dernière opération est exposé par M. Bouilly avec une clarté dont il a le secret; elle lui semble être l'opération de choix et devoir remplacer les autres procédés chirurgicaux dirigés contre le cancer utérin.

Enfin ce volume se termine par une étude de M. Picqué sur les affections des organes génitaux externes de la femme; l'espace ne nous permet que de signaler à nos lecteurs ce consciencieux et intéressant travail. En résumé, ce dernier volume de l'encyclopie est avant tout un livre utile : les chirurgiens y trouveront de précieux renseignements, et on peut dire des indications exactes sur les progrès de la chirurgie moderne.

Dr E. Desnos.

Moreau. — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les trois derniers mois de la grossesse. — Paris, 1888; Jouve.

Le décollement du placenta survenant dans les trois derniers mois de la grossesse et pendant le travail reconnaît comme cause prédisposante la congestion utérine physiologique au niveau de l'insertion du placenta. La multiparité (Goodel), le tempérament lymphatique, les différentes causes de congestion, actives ou passives, mais surtout l'albuminurie, ainsi que l'ont montré Blot, Winter et Budin, peuvent aussi prédisposer à l'hémorrhagie placentaire. Une émotion, un coup, un traumatisme quelconque, l'ampliation du tissu utérin à la fin de la grossesse, le tiraillement du cordon trop court sur le placenta, sont autant de causes déterminantes.

Les symptômes sont ou insignifiants (coliques utérines temporaires) ou graves (signes d'hémorrhagie interne ou d'hémorrhagie externe ou d'hémorrhagie mixte). Terminaison variable suivant l'importance de l'hémorrhagie.

Le sang vient surtout de l'organisme maternel. Il décolle le placenta le plus souvent, au niveau d'un bord, dans une partie plus ou moins considérable de son étendue.

Le délivre, après l'accouchement, présente des caillots plus ou moins dégénérés dans son épaisseur, et la simple inspection des membranes permet de reconnaître que son insertion était normale.

Le diagnostic, pendant la vie, est souvent très difficile, à moins que l'hémorrhagie ne soit externe; dans ce cas, elle devra être différenciée de celle pouvant provenir du fœtus; de la rupture d'une varice de la mère; du sang noir, poissenx, venant d'une déchirure de l'utérus.

Si l'hémorrhagie reste interne, signes d'hémorrhagie interne, augmentation de volume de la matrice rapide, pouvant simuler l'hydro-amnios à marche aiguë. Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant et dépend de la quantité de sang perdu et de l'étendue de la surface placentaire décollée.

Le traitement consiste dans l'expectation, à moins que la vie de la femme ne soit immédiatement menacée, auquel cas il faudrait déterminer l'accouchement. On arrêtera l'hémorrhagie externe par les moyens ordinaires et on instituera un traitement réparateur, dirigé en même temps contre la cause qui aura produit la lésion.

GORSKY. — CONSIDÉRATIONS SUR LA FOLIE PUERPÉRALE ET SUR SA NATURE. — Paris, 1888; Ollier-Henry.

Cette thèse, inspirée par le docteur Magnan, se termine par les conclusions suivantes :

La femme, pendant qu'elle accomplit le devoir de la maternité, peut être prise d'accès délirants.

Ces accès délirants peuvent éclater pendant la grossesse, après les couches ou pendant la lactation. L'état puerpéral n'agit qu'à titre de cause déterminante.

La tare héréditaire, la prédisposition morbide constituent le fond même sur lequel se développent les manifestations vésaniques.

La folie puerpérale n'est donc pas une espèce pathologique, mais un aspect délirant de la dégénérescence mentale et de la névropathie.

MARTIN. — DES ACCIDENTS RÉFLEXES CONSÉCUTIFS AUX OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'UTÉRUS ET L'OVAIRE. — Paris, 1888; Parent.

A la suite des opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire, on observe des accidents d'ordre réflexe : agitation, insomnie, rapidité et mobilité du pouls, accélération respiratoire, vomissements et nausées, sécrétion lactée, crachottement.

Ces accidents peuvent revêtir deux formes : une forme bénigne, dont le début apparaît le deuxième ou le troisième jour de l'opération et qui se termine au cinquième ou au sixième jour; une forme grave, à invasion tantôt tardive, tantôt rapide qui tue en deux jours.

Ces accidents sont observés après l'ovariotomie, plus souvent et avec plus d'intensité après l'ovariotomie normale, plus souvent encore et plus graves après l'hystérectomie. Ils ont leur origine dans les nerfs qui se rendent aux organes enlevés; ils sont occasionnés par la constriction incomplète du pédicule ou le relâchement consécutif des liens constricteurs, qui produisent une irritation lente et continue du plexus nerveux.

Il faut les distinguer du choc, accident foudroyant qui ne laisse pas à l'opérée le temps de reprendre connaissance, de la péritonite septique et du tétanos.

Le crachottement est un signe pathognomonique.

Le pronostic est subordonné à la forme qu'ils affectent.

Le traitement doit être médical et chirurgical; il faut prendre toutes les précautions nécessaires lors de la ligature du pédicule. Les injections de morphine et les lavements de chloral sont aussi d'une grande utilité.

PAUL BERTHON.

NOTES & INFORMATIONS

LE BUSTE DE ROBIN. — Le buste de Charles Robin a été inauguré dimanche dernier à Bourg-en-Bresse. La cérémonie devait avoir lieu dans un carrefour, devant une maison contre laquelle est accolé le buste du savant professeur. Mais, dans l'après-midi, un violent orage a éclaté, la pluie s'est mise à tomber à flots, et, comme il n'y avait pas de tentes pour abriter les assistants, personnages officiels ou simples spectateurs, on a transporté sur la scène du théâtre le buste à inaugurer, et c'est là que Robin a été célébré, comme républicain et comme philosophe, par M. Deluns-Montaud; comme savant par le représentant du ministre de l'Instruction publique, M. Pouchet, professeur au Muséum; comme inventeur de l'histologie et comme chercheur, par M. Sappey, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

BUSTE DE BRÉANT. — On a procédé mercredi dernier, à Ajou (Eure), à l'inauguration du buste de Bréant, le créateur du prix de 100,000 francs qui porte son nom, prix auquel, comme on le sait, aspire en ce moment le docteur Gamaleïa, d'Odessa, l'auteur du travail sur la vaccination du choléra, que M. Pasteur vient de lire à l'Institut.

Ce buste porte l'inscription suivante :

« Dans cette commune est né, le 26 octobre 1774, Jean-Robert Bréant, ancien commissaire général des Monnaies, officier de la Légion d'honneur, auteur d'importants travaux scientifiques et industriels, fondateur d'un prix de 100,000 francs pour la guérison du choléra. — Erigé par la Société libre de l'Eure (section de Bernay). — 1888. »

L'association normande, qui a pris cette initiative, procédera prochainement à l'inauguration d'un buste de Daviel, l'inventeur de l'opération de la cataracte.

REJET DE LA CRÉATION D'UNE DEUXIÈME CHAIRE DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE. — La Commission du budget a repoussé le crédit demandé pour la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

— Le Conseil fédéral a nommé le docteur Emile Dind, à Lausanne, membre du comité directeur pour les examens, en remplacement du docteur Challand, décédé.

— La Société italienne de dermatologie et de syphiligraphie tiendra cette année ses séances annuelles ordinaires à Rome, depuis le 15 jusqu'au 18 octobre prochain.

— Le 7 janvier 1889, un Congrès international de médecine s'ouvrira en Australie, à Melbourne, sous la présidence de M. Fitzgerald.

— Le troisième Congrès des médecins russes se réunira au mois de janvier prochain, à Saint-Pétersbourg, et coïncidera avec une Exposition intéressant les diverses branches de la médecine.

R. F. D.

NOUVELLES

STATISTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE EN 1888. — Voici quel a été le mouvement de la Faculté de Paris.

Pendant l'année scolaire 1887-1888, 373 élèves ont été reçus docteurs en médecine. Ce chiffre se décompose de la façon suivante :

Hommes : Français, 321 ; hommes étrangers : 50 ; femmes : Françaises, 1 (Mme Soller-Dubois) ; femmes étrangères, 1.

En outre, ont été reçus officiers de santé : hommes : Français, 10.

Hommes en cours d'études à la fin de l'année scolaire 1887-88 : 3,668.

Les étrangers appartiennent aux nationalités suivantes : Allemagne, 4 ; Amérique, 131 ; Angleterre, 34 ; Australie, 1 ; Autriche, 4 ; Belgique, 4 ; Bulgarie, 3 ; Danemark, 1 ; Egypte, 9 ; Espagne et colonies, 41 ; Grèce, 19 ; Hollande, 4 ; Hongrie, 1 ; Italie, 8 ; Norwège, 1 ; Perse, 1 ; Portugal, 10 ; Roumanie, 60 ; Russie, 136 ; Serbie, 18 ; Suède, 1 ; Suisse, 18 ; Turquie, 56.

Femmes en cours d'études à la fin de l'année scolaire 1887-88 : 114. Françaises, 12 (10 aspirantes au doctorat, 2 à l'officiat de santé) ; Américaine, 1 ; (Mme Dejerine-Klumpke, la seule qui soit arrivée jusqu'ici à l'internat des hôpitaux de Paris) : Anglaises, 8 ; Autrichienne, 1 ; Grecque, 1 ; Russes, 90 (presque toutes sont Polonaises) ; Turque, 1.

Rigoureusement, la nationalité des femmes est assez difficile à préciser, quelques-unes ayant changé de nationalité par suite de leur mariage.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 16 AU SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1888.

Fièvre typhoïde 13. — Variole 4. — Rougeole 7. — Scarlatine 1. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup, 12. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 167. — Autres tuberculoses 16. — Tumeurs : Cancéreuses 37. — Autres 2. — Méningite 35. — Congestion et hémorr. cérébrales 37. — Paralysie 9. — Ramollissement cérébral 9. — Maladies organiques du cœur 43. — Bronchite aiguë 9. — Bronchite chronique 23. — Broncho-pneumonie 22. — Pneumonie 27. — Gastro-entérite : Sein 26. — Biberon 101. — Autres 6 — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 36. — Suicides 20. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort 119. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 838 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Du catarrhe chronique, hypertrophique et atrophique des fosses nasales de l'ozène, obstruction catarrhale des trompes d'Eustache, végétations adénoïdes du pharynx, traitement par la galvanocaustique chimique, par le docteur Garrigou-Desarénes, professeur libre d'otologie et de rhinologie. Un volume in-8o de 238 p. avec 34 figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

La folie chez les enfants, par le docteur Paul Moreau (de Tours). — Un volume in-16 de 144 pages, de la Bibliothèque scientifique contemporaine. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin consultant à la Bourboule. Nouvelle édition. — 1 vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'étranger pour 1888, publié par la GAZETTE DES EAUX. Nomenclature complète des stations françaises et des principales stations étrangères, analyses, propriétés, altitudes, installations, moyens de communications. Tableaux comparatifs de la température, des proportions de chlorure de sodium, de sulfure de sodium, de fer, de lithium. Notices et renseignements pratiques, 30e édition. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie Gauthier-Villars.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants. — Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 58, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

REVUE GÉNÉRALE

DES PORTES D'ENTRÉE DE LA TUBERCULOSE, par le docteur HENRI BARBIER, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 36, 37, 38 et 39.

Voilà quels sont les principaux points de la doctrine nouvelle sur l'infection génitale. Voyons maintenant sur quels faits elle s'appuie. Je laisse de côté les trois premières observations qui figurent dans la thèse de Derville ; la confrontation avec le mari, légal ou non, n'a pu être faite. Mais les cinq autres qui suivent ne laissent rien à désirer comme rigueur d'analyse et d'interprétation ; elles peuvent toutes se résumer en une seule formule : une femme saine et bien portante, bien réglée, épouse un homme ayant des lésions tuberculeuses testiculaires. Au bout d'un temps plus ou moins long, des troubles utérins se montrent : alors, ou bien cet accident *primordial* persiste seul (obs. IV-V), ou bien il s'accompagne plus ou moins tard des signes ordinaires de la tuberculose du péritoine et des plèvres (obs. VII-VIII), ou bien de la tuberculose pulmonaire (obs. VI). L'examen des mucosités utérines ne laisse de doute dans aucun cas sur la nature tuberculeuse de la métrite ; le bacille y existe.

A ces faits, dont les conclusions semblent inattaquables, *Derville* en a ajouté d'autres empruntés à la médecine vétérinaire et qui ont, ainsi qu'il le fait remarquer, la valeur d'expériences décisives. Jobne (1), dans la race bovine, admet l'infection par le coït. Un taureau (cas de Haarstick) franchement tuberculeux, contagionna 60 vaches jusque-là saines. Un cas semblable a été observé par *Zippelius* (2) : 10 vaches furent contaminées par un taureau, et les 10 veaux durent être sacrifiés comme tuberculeux.

Au dernier Congrès de la tuberculose, le professeur *Cornil* (3), d'une série d'expérimentations, conclut à la possibilité de l'infection tuberculeuse par une quantité même minime de sperme tuberculeux. Il a introduit dans le vagin d'une lapine quelques gouttes de bacilles tuberculeux. D'abord il n'y eut que des lésions habituelles du catarrhe du col. Puis, au bout de douze jours, on trouvait déjà des follicules tuberculeux microscopiques dans la dépression de l'arbre de vie, aux extrémités des villosités, bien que l'épithélium eût conservé son intégrité. Après trente-deux jours, les lésions étaient généralisées aux tissus voisins. Voilà donc, sans traumatisme réalisé, une tuberculose génitale expérimentale.

Il est à désirer que de nouvelles observations viennent apporter *leur nombre* à celle que nous venons de résumer. Car la doctrine n'a pas encore pour tous force de loi. La localisa-

(1) DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR THIERMÉDIC. UND VORGLEICHENDE PATH. Bd IX.

(2) Zippelius. WOCHENSCHRIFT FÜR THIERHEILK, 1876.

(3) C.-R. *In* : SEMAINE MÉDICALE.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir le numéro précédent.

III. Nous ne saurions dire combien est vif le sentiment de satisfaction que nous éprouvons à la lecture d'une bonne thèse, d'une thèse où l'érudition n'est pas de mauvais aloi, d'une thèse où l'on sent le travail intelligent, perspicace, patient de l'auteur. Il en est tant dont le sujet est à peine abordé, vu de travers, quand il est entrevu ; et cependant quel étalage de fausses recherches, combien d'indications bibliographiques incomplètes ou controuvées ! Mais, par contre, quels compliments colossaux à l'adresse de leurs juges, compliments servant à marquer ou plutôt à pallier la faiblesse de l'œuvre, et dont maint président doit rougir, non que ces compliments soient immérités, mais parce qu'ils émanent d'une plume ignorante et qu'ils semblent mendier un titre que les mérites seuls du Candidat ne lui vaudraient pas. Ce n'est pas le cas de M. Bécavin, dont nous venons de lire la curieuse dissertation sur l'*Ecole de médecine et les médecins Salernitains* (1). Le sujet de cette thèse avait été suggéré à l'auteur en novembre 1883, c'est-à-dire dès le début de ses études médicales ; il assistait à la leçon d'ouverture du cours d'histoire de la médecine ; mais laissons la parole au docteur Bécavin : « M. le professeur Laboulbène nous retraçait alors à grands traits l'histoire de la médecine Arabe et celle de l'Ecole de Salerne ; il nous représentait cette École comme la plus ancienne, la première en date de toutes les Ecoles de médecine fondées en Occident après la chute de l'empire romain : nous montrait quel rôle important elle avait joué au Moyen-âge, quels grands noms l'avaient illustrée : Gariopontus, Trotula, Platearius, Cophon, Constantin l'Africain et tant d'autres.

En entendant notre maître évoquer ce passé, nous regrettâmes instinctivement de connaître si peu cette Ecole, ou pour mieux dire de ne point la connaître du tout, car si nous nous rappelions quelques vers du *Regimen* cités proverbialement et qui sont un amusement pour les oisifs, nous ignorions même, il faut l'avouer, que

(1) In-4° de 128 pages. Paris, 1888, chez Henri Jouve.

tion, le siège des lésions dans les organes profonds, passe encore pour être un argument sérieux à y opposer. *Verchère*, nous l'avons vu, en a donné des raisons anatomiques et biologiques; de plus, et ici on a le droit de raisonner par analogie, n'est-ce pas là ce qui se passe pour le poumon? La voie aérienne d'infection n'est pas contestée : est-ce que le nez, le pharynx, les quatre bronches, le larynx le plus souvent, ne sont pas respectés par le bacille, qui va chercher les dernières ramifications bronchiques où là seulement, la plupart du temps, il trouve les conditions favorables à son développement.

Il y a en plus sans doute des moments « d'à propos » dans l'utérus comme ailleurs. Et les altérations de la muqueuse, la métrite, l'*époque cataméniale*, l'avortement, sont probablement des conditions favorables à l'infection (1).

La propagation peut se faire, d'une part, vers les trompes et par la voie lymphatique, gagner le péritoine et les plèvres, en suivant la marche de la tuberculose péritonéo-pleurale, telle qu'elle a été décrite par notre maître, M. Fernet. Les observations, en montrant la fréquence de l'adénite mésentérique ou iliaque, ne laissent aucun doute sur ce mode d'envahissement de l'organisme (Brouardel, Babès, Fernet, Derville; Grattery, in : *Thèse de Derville*).

Des conséquences hygiéniques très importantes découlent de ce qui précède : le mariage des sujets tuberculeux, et surtout de ceux dont les organes mâles sont atteints, doit être défendu. Car, outre les autres modes d'infection par la voie respiratoire ou digestive, le sujet tuberculeux expose sa femme à l'infection par la voie génitale, et du moins, dans ce cas, le devoir du médecin est-il de prévenir les intéressés du danger des rapports intimes.

(1) Je trouve, dans une thèse récente une série de propositions, sous forme d'interrogations, qui, malheureusement, ne peuvent tenir lieu de faits ou d'arguments physiologiquement établis contre la théorie de l'infection génitale.

Ainsi, parlant des troubles menstruels du début, l'auteur dit : « Ces symptômes, qu'on observe *d'ailleurs* chez beaucoup de « femmes saines, peuvent-ils réellement constituer une présomp- « tion en faveur de la tuberculose génitale? Nous ne le pensons « pas. Ainsi (?) ces leucorrhées, suspectes dans le cas actuel qui « nous occupe, seraient plutôt une garantie que, si nous osions le « dire, un danger. » *Pourquoi?*... « Ne voit-on pas quel obstacle « devra vaincre le bacille pour se fixer dans une muqueuse en « desquamation continuelle », etc...

Nous venons de voir et de passer en revue les faits sur lesquels la doctrine contagioniste s'appuie pour admettre la transmission de la tuberculose à la femme par la voie génitale. En est-il de même pour l'homme? En d'autres termes, l'homme peut-il se contagionner au contact d'une femme atteinte de tuberculose génitale? Avant d'aborder la question, il est bon parfois d'aller au-devant d'une objection grave et de bien préciser que la doctrine n'a pas en vue toutes les tuberculoses génitales de l'homme. Comme le faisait remarquer M. Fernet, il y a des tuberculoses génitales primitives sans preuve de contagion (telles sont celles, par exemple, des enfants), les cas de tuberculose génitale secondaire chez les phthisiques à pathogénie encore obscure; enfin *les cas rares où la contagion peut être précoce*.

Nous n'avons pas l'intention ici de discuter la pathogénie de la tuberculose du testicule complétement. Les travaux de M. Reclus (1) sont bien connus. Nous ne voulons passer en revue que les quelques faits qui permettent d'entrevoir la possibilité du contage par cette voie.

Les faits sont encore peu nombreux; ils sont d'une analyse difficile; d'autre part, la rareté de la tuberculose uréthrale comparée à celle des organes profonds, la longueur du chemin à parcourir en sens inverse du courant des humeurs, toutes ces conditions font que la doctrine n'a manqué ni de contradictions ni de contradicteurs.

Cependant, quoique pauvre encore de faits positifs, elle n'est pas absolument neuve, et les médecins qui observent chez les jeunes soldats où l'affection est des plus fréquentes l'acceptent comme possible, sinon démontrée. Lorsque M. Fernet fit sa première communication à la Société des hôpitaux, le docteur *Richard* (2) rappela que les soldats contractaient aussi souvent la tuberculose que la blennorrhagie dans les maisons publiques, et dans sa thèse, le docteur *Trabaud* (3) émet la même opinion. Mais la démonstration manquait, et l'idée de la contagion n'était guère sortie du rang d'une simple hypothèse.

Le professeur Verneuil, en 1883, lui avait déjà apporté l'appui de sa haute autorité et de son expérience. Dans une

(1) Reclus. Thèse doctorale. GAZETTE HEBDOMADAIRE., 1885.
(2) Société des hôpitaux, 1884.
(3) *Péritonite tuberculeuse chez l'adulte*. Thèse de Lyon, 1885

des maîtres distingués avaient enseigné la médecine à Salerne. Dès lors, nous conçumes l'idée d'entreprendre une étude historique sur cette Ecole fameuse, et c'est cette étude, ébauchée alors, et mise sur pied dans ces derniers temps, que nous osons présenter aujourd'hui pour notre thèse inaugurale. » Ainsi donc, M. Bécavin a mis quatre ans et demi à faire ce travail; il n'a point fait une œuvre hâtive, et nous l'en félicitons.

Ce n'est pas qu'on n'y puisse relever quelques légères inexactitudes; ainsi, dès la page 6, en voulant démontrer l'utilité de son travail, *aucun ouvrage complet n'ayant été publié dans notre langue sur ce sujet*, l'auteur ajoute : «Ch. Daremberg dans son histoire de la médecine, se contente malheureusement de résumer à grands traits les principaux événements et les doctrines de cette Ecole. Sprengel et les autres historiens de la Médecine lui consacrent à peine quelques pages, et d'autres auteurs la mentionnent accidentellement et sont tellement incomplets qu'ils ne sauraient donner une idée, même succinte, des doctrines salernitaines. Un seul ouvrage existe qui puisse être consulté avec fruit : la *Collectio Salernitana*, ouvrage précieux, véritable monument élevé à la gloire de l'Ecole par trois hommes de haute science et de grande valeur : S. de Renzi, Henschel et Ch. Daremberg. Mais cet ouvrage, né de la collaboration d'un Allemand, d'un Français et d'un Italien, n'a jamais été mis en notre langue. »

Si, pour Sprengel et la plupart des autres historiens médicaux, M. Bécavin a raison, il a peut-être tort pour Daremberg; textuellement non, il a raison; car il ne parle de Daremberg que pour son Histoire de la médecine. Mais au fond, il a tort, car il laisse entendre que Daremberg ne s'en est pas occupé autrement que comme co-éditeur de la *Collection salernitaine*. Or, Daremberg en a parlé ailleurs, ne serait-ce que dans l'introduction (qui n'a pas moins de 70 pages) qu'il a mise à la traduction en vers français, par M. Ch. Meaux de Saint-Marc, des préceptes de l'Ecole de Salerne (1). Cette introduction, Daremberg l'a reproduite et augmentée de deux appendices dans son volume de *Mélanges*, intitulé : LA MÉDECINE, HISTOIRE ET DOCTRINES, volume paru en 1865 (2). Mais laissons de côté ces critiques, sans importance.

La thèse de M. Bécavin comprend quatre grandes divisions :

(1) In-12°. J.-B. Baillière, 1861.
(2) Librairie Didier et Cie.

lettre adressée à M. le professeur *Fournier* (1), lettre dans laquelle la question est nettement posée, et où sont discutées toutes les objections que peut soulever cette nouvelle hypothèse de l'infection par la voie génitale, M. Verneuil donnait une observation dans laquelle cette contagion lui semblait tout au moins probable. Dans sa thèse, Verchère donne également deux observations, dont l'une concerne une tuberculose testiculaire consécutive à une blennorrhagie ; mais il n'y a pas de *confrontation*, et l'origine en reste douteuse. M. *Richard*(2) signale un cas nouveau. Un jeune homme de 22 ans prend une blennorrhagie : trois mois après, il y a de la tuberculose vésicale ; huit mois après, de la tuberculose laryngée et pulmonaire(3). Enfin, avec quelques autres faits, nous avons à l'actif de la contagion chez l'homme les deux observations de M. Fernet (4).

Malheureusement, tous ces cas offrent à la critique des lacunes considérables, résultant surtout de ce fait qu'il n'y a pas eu de confrontation et qu'on ne voit pas nettement le coït suspect suivi, à échéance plus ou moins longue, d'accidents tuberculeux du côté des organes génitaux profonds.

Telles qu'elles sont cependant, et avec l'autorité qu'elles acquièrent du fait de leurs auteurs, ces observations ouvrent un champ nouveau aux recherches et permettent d'entrevoir un nouveau danger dans les rapports sexuels entre tuberculeux. On remarquera également la fréquence de la blennorrhagie. Nul doute que cette inflammation du canal de l'urètre ne joue pour ce dernier le même rôle que les inflammations catarrhales des voies aériennes dans la genèse de la tuberculose pulmonaire.

N'ayant pour but, dans cette revue rapide, que d'examiner les portes d'entrée possibles ou signalées du bacille tuberculeux, nous ne pouvons entrer dans le détail de toutes les critiques, de toutes les objections, doctrinales surtout, qu'on a opposé à cette hypothèse. M. Reclus (5), après la communication de M. Fernet, et plus récemment notre ami Cayla (6), dans sa thèse et à la Société clinique (1), ont élevé des objections à cette manière de voir. Pour ce dernier, la tuberculose génitale de l'homme est toujours secondaire à l'infection générale, et la néphrite tuberculeuse l'intermédiaire obligé.

L'intégrité du canal uréthral, surtout de sa partie antérieure, la longueur de ce canal, la marche opposée au cours de l'urine qui doivent suivre les bacilles, sont, dans l'espèce, des objections d'une mince valeur, et, comme le faisait remarquer M. Fernet (2) dans la tuberculose digestive, ne voit-on pas les premières voies absolument indemnes, alors que les dernières portions de l'intestin grêle sont farcies de tubercules?

Il appartient aux observateurs et à l'expérimentation d'apporter à cette question de contagion chez l'homme de nouveaux documents ; la clinique, appuyée sur la confrontation des parties en cause, sera toujours ici d'un grand secours.

Lorsque l'on aura prouvé qu'un homme sain, ayant eu des rapports avec une femme tuberculeuse des organes génitaux, a gagné lui-même une tuberculose testiculaire, la question sera aussi éclaircie que par l'expérimentation la mieux conduite.

Pour résumer en quelques mots tout ce qui précède, on peut dire que le bacille tuberculeux trouve chez l'homme prédisposé de nombreuses portes d'entrée. La peau, lorsqu'elle est privée de son revêtement épidermique, les muqueuses offrent des lieux d'effraction, surtout lorsque une inflammation superficielle a détruit la barrière qu'offrait l'épithélium. Mais, au premier rang, se placent le tube digestif et l'arbre respiratoire.

Cependant, selon l'expression de M. Villemin, on ne doit pas considérer les tuberculeux comme des pestiférés, à qui on ne puisse donner qu'en tremblant les soins qu'exigent leur état. La connaissance des causes d'infection a une portée autrement haute, et des conséquences autrement fécondes. Les tuberculeux continueront à recevoir les soins qui leur sont dûs dans les familles ou dans les hôpitaux. Mais, de cette notion nouvelle de la contagion et de ses différents modes, vient de naître une science nouvelle, pleine de promesses : *La prophylaxie des affections tuberculeuses*. Désormais, les soins de

(1) GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1883.
(2) GAZETTE DES HÔPITAUX, 1885.
(3) GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1883.
(4) Société des hôpitaux, 1883.
(5) GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1885.
(6) Thèse de Paris, 1887. *Tuberculisation des organes génito-urinaires.*

(1) BULLETIN, 1887.
(2) Société clinique, 1887.

Le premier chapitre est consacré à la cité de Salerne, à sa situation, fait l'éloge de son climat et décrit les principaux faits historiques dont elle a été le théâtre, le témoin intéressé ou la victime.

Le deuxième chapitre expose l'histoire littéraire de la reconstitution des œuvres de cette Ecole au point de vue biographique et bibliographique.

Dans un troisième chapitre, on cherche à préciser l'origine de l'Ecole de Salerne. Cette origine, on ne peut guère la faire remonter *historiquement* au delà de l'année 846, qui est la date la plus ancienne mentionnée dans un des actes trouvés par S. de Renzi dans les Archives du royaume de Naples. Mais puisque, à cette date, il y avait déjà des médecins salernitains, l'Ecole est évidemment plus ancienne.

Fût-elle d'origine monacale ou laïque? Voilà encore une autre question, d'autant plus difficile à résoudre qu'au moyen-âge la science se réfugiait surtout dans les abbayes, et qu'il est sûr que les Bénédictins du Mont-Cassin et de l'abbaye même de Salerne patronnèrent cette Ecole, y étudièrent et en profitèrent, s'ils ne l'avaient pas fondée. Quoi qu'il en soit, M. Bécavin se range à l'opinion émise et défendue par S. de Renzi et Daremberg que cette Ecole ne fut fondée, ni par Constantin, ni par les princes Lombards, ni par les Bénédictins, mais par les médecins de la ville, assez nombreux et assez instruits pour attirer à leurs leçons les jeunes gens désireux d'apprendre la médecine autrement qu'en suivant un seul maître. Cette Ecole eut donc une origine laïque et garda une constitution civile.

Le quatrième chapitre, de beaucoup le plus considérable et le plus intéressant, résume l'histoire et la biographie salernitaines. Il est subdivisé en cinq périodes :

La première commence aux origines, avant la venue de Constantin en Italie et s'arrête à l'année 1075, date de l'arrivée de Constantin l'Africain.

La deuxième s'étend depuis l'année 1075 jusqu'au commencement du XII^{e} siècle.

La troisième représente l'état de l'Ecole depuis le commencement jusqu'à la fin du XII^{e} siècle.

La quatrième va jusqu'au milieu du XIII^{e} siècle.

Enfin, la cinquième section nous fait assister à la période de décadence, depuis le milieu du XIII^{e} siècle jusqu'à la disparition de

désinfection, de destruction des crachats, d'hygiène domestique et d'isolement rationnel, tiendront la première place dans le traitement imposé aux familles des tuberculeux. Et, grâce à ces moyens, ainsi que M. Wallin (1) le faisait remarquer, il est permis d'espérer une moindre dissémination de la maladie, soit dans les familles, soit dans certains milieux sociaux où la misère et l'encombrement créent des organismes tout prêts pour la tuberculose.

(A suivre.) 483

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire, par M. Jean Mussy, interne des hôpitaux.

Observation. — Le nommé L..., garçon de restaurant, entre dans le service de M. Duguet le 4 février 1886, salle St-Vincent, pour une tumeur dans la région lombaire droite.

Dans les antécédents du malade, on constate une fièvre typhoïde en 1870, la syphilis en 1879 et un léger degré d'éthylisme.

La tumeur volumineuse qui occupe la région lombaire droite a commencé en 1876. Le malade l'a aperçue par hasard en se déshabillant et assure qu'elle était alors à peu près du volume d'une noix. La tumeur, étant tout à fait indolore, grossit peu à peu sans le préoccuper davantage; mais, il y a trois mois environ, surviennent des douleurs intenses qui empêchent le malade de travailler et l'obligent à se coucher sur le côté sain. Elles durent huit jours, cessent quelque temps, reprennent de plus fort et le font demander son admission à l'hôpital.

A son entrée, on constate dans la région lombaire droite une tumeur oblongue à grand diamètre vertical de 17 à 18 centimètres, à diamètre transversal de 15 à 16 centimètres, allant en bas jusqu'à l'os coxal, en dedans jusqu'aux vertèbres.

Cette tumeur est mobile, bridée par l'aponévrose de la masse sacro-lombaire, parfaitement bien délimitée des parties voisines, sans adhérences aucune avec la peau; elle est sillonnée d'une circulation veineuse complémentaire. D'une consistance assez ferme, elle se laisse cependant déprimer par le doigt.

Enfin, si on embrasse la tumeur avec la main, en ayant soin d'écarter légèrement les doigts, et qu'on percute doucement l'un d'eux, on a à la partie inférieure la sensation parfaite du ressort de fauteuil, du frémissement hydatique.

Le foie est normal à la palpation et à la percussion; la cavité abdominale, explorée avec le plus grand soin, ne laisse rien soupçonner. Les poumons présentent quelques gros râles sibilants.

Le diagnostic d'une pareille tumeur dont la partie inférieure était nettement distincte de l'os coxal dont la partie supérieure se continuait avec la résonnance pulmonaire, la partie externe avec la matité hépatique, ne pouvait donc porter que sur un nombre très restreint de points.

L'abcès froid était éliminé, étant donné que les parties osseuses environnantes étaient saines; les contours non lobulés, bien au contraire, nettement circonscrits, mettaient de côté le lipome. Enfin, le frémissement hydatique si net qu'on avait observé, ne permettait point le doute avec toute autre tumeur musculaire.

Le 12 février, ponction à la partie inférieure du kyste, avec gros trocart et aspiration; il sort un liquide légèrement visqueux, avec de nombreuses hydatides de la grosseur d'un grain de millet. La tumeur s'affaisse légèrement après la ponction, puis reprend son volume primitif.

Le 13, la couleur de la peau a changé et est devenue d'un rouge vif; le frémissement hydatique a disparu et fait place à une fluctuation peu nette.

Le 14, le malade est pris d'un mal de tête violent, avec frissons et nausées. Température 39o. En même temps, il ressent du côté ponctionné une douleur très aiguë, limitée à la partie inférieure de la tumeur, laquelle est dure et ne présente plus aucun signe, ni de fluctuation, ni de frémissement.

Le 15, des phénomènes d'angine herpétique viennent s'ajouter, avec une bronchite bi-latérale assez intense.

Les jours suivants, la douleur persiste toujours aussi forte au niveau de la tumeur, qui devient de plus en plus tendue. Le malade a de l'insomnie, de la fièvre qui varie entre 38 et 39°, de l'anorexie.

En présence de ces douleurs très vives, irradiées jusque dans la région fessière, de l'augmentation de volume de la poche et de l'empâtement manifeste qui existe tout autour, de la rougeur de la peau et de l'état général du malade; étant donné la viscosité du liquide, l'impossibilité de vider la poche par l'aspiration, on se décide à pratiquer l'ouverture au thermo-cautère le 19 février.

Après l'insensibilisation locale préalable au chlorure de méthyle, le kyste est ouvert sur une largeur de 5 à 6 cent. à sa partie inférieure, dans le sens des fibres musculaires.

Par l'ouverture, il s'échappe une petite quantité de liquide et un grand nombre de vésicules hydatiques dont la grosseur moyenne

(1) Voir le rapport de M. Wallin : *Contagion et prophylaxie de la tuberculose.* Société des hôpitaux, 1884.

l'École, en 1811, par décret de Napoléon, qui concentra à Naples les moyens d'étude de la médecine.

M. Bécavin me permettra-t il de lui faire observer que, lorsqu'il parle (p. 106 et 115) des *Quatre maîtres salernitaires* qui ont commenté la Chirurgie de Roger, il aurait pu signaler au moins les recherches de Daremberg (1) qui aboutissent à cette étrange conclusion que « les quatre maîtres salernitains n'étaient pas quatre (j'emprunte les paroles de Daremberg), mais un seul, qu'ils n'étaient pas Salernitains, mais Français. »

M. Bécavin a fait en somme une thèse bien élaborée et nullement banale. Il a droit à nos remerciements.

* *
*

IV. Un professeur honoraire de la Faculté de Nancy, un de nos plus savants confrères, M. F.-J. Herrgott, qui avait publié en 1882 un travail si intéressant et si curieux sur Soranus d'Éphèse, considéré comme accoucheur, s'impose aujourd'hui encore à notre attention par une brochure intitulée : Les Chamberlen, Jean Palfyn, le Forceps (1) Sauf les trois premières pages, qui sont l'œuvre originale de l'auteur et dans lesquelles l'érudition la plus impeccable perce pour ainsi dire à chaque ligne, cette brochure en comprend guère qu'une traduction. M. Herrgott a traduit l'esquisse historique (2) tracée par M. Saenger (*Privat docent*, à Leipzig) des Chamberlen, d'après le livre que le docteur J.-H. Aveling, après dix années de recherches, a publié à Londres en 1882 (3). Cette notice établit d'une façon très lucide la filiation de la famille; elle

(1) Voir son Introduction aux Gloses des Quatre Maîtres sur la chirurgie de Roger (dans la Collection salernitaine, t. II, p. 497-524, et t. III, p. 205-254).

(1) In-8o. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1888.

(2) Dans les Archiv für Gynécol., t. XXXI, p. 119.

(3) Au bas du titre de l'ouvrage, on lit en petits caractères : « *Hæc sunt otia nostra* ». La médecine, dirons-nous avec M. Herrgott, sera toujours reconnaissante au docteur Aveling d'avoir utilisé au profit de l'art les loisirs de sa pratique, et ne saurait trop le féliciter de la manière dont il a accompli la tache difficile qu'il s'était imposé. Le docteur Budin a publié en 1885 dans le Bulletin de thérapeutique, t. CIX, p. 356, puis reproduit dans son livre : *Obstétrique et gynécologie*, un extrait de ce livre qui a appelé sur lui l'attention du public français.

est celle d'un œuf de pigeon. Pansement à l'iodoforme. Le soir, fièvre légère, 38°,5. Le lendemain matin, 20 février, 38°.

Le malade ressent une légère douleur. L'appétit est parfaitement conservé. En introduisant le doigt dans l'intérieur du kyste, on constate qu'il est divisé en 3 ou 4 loges principales séparées par des tractus fibreux; que, de plus, il est bien développé uniquement dans la masse musculaire et qu'il n'est en communication avec aucun des viscères, ni avec la cavité abdominale, ce que l'examen du malade avait déjà fait connaître.

Les jours suivants, la plaie va très bien. La température ne monte pas au-delà de 38°.

Le 6 mars, la plaie, qui permet à peine l'introduction du petit doigt, présente une légère suppuration, et, sous l'influence d'une pression modérée, il sort encore à peu près une cuillerée de pus.

Le malade sort de l'hôpital à la fin de mars parfaitement guéri; il reste une toute petite fistule par laquelle suinte un peu de liquide, fistule qui est rapidement comblée par l'injection de teinture d'iode. Il ne reste plus qu'une petite cicatrice un peu adhérente, mais ne gênant en rien le malade et ne provoquant aucun tiraillement douloureux, même dans les fortes inspirations.

Réflexions. — Il est intéressant de faire remarquer dans cette observation que ce kyste hydatique a été nettement un kyste intra-musculaire, comme on avait pu s'en assurer par l'introduction du doigt dans la plaie, et non inter-musculaire, comme on l'a constaté dans la plupart des observations relatives aux kystes hydatiques des muscles; d'autre part, le siège dans la masse sacro-lombaire est très rare, surtout lorsqu'il s'agit de kyste intra-musculaire, puisqu'on en compte à peine dix observations ayant trait à cette région.

Le diagnostic de cette affection, qui présente ordinairement de grandes difficultés, à cause de l'absence de caractères distinctifs, de la présence d'une fausse fluctuation qui a pu faire penser plusieurs fois à un lipome ou un abcès migrateur, a été singulièrement facilité par la présence d'un frémissement hydatique très rare dans les kystes musculaires, puisqu'on ne le voit relaté nettement que dans quatre observations, mais très net dans le cas actuel. Quant au traitement, le plus rationnel paraît être, après une ponction préalable qui sert en même temps de moyen de diagnostic dans les cas douteux, qui sont de beaucoup les plus fréquents, d'ouvrir largement le kyste et d'y faire des lavages antiseptiques répétés.

REVUE DE DERMATOLOGIE

I. Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. — II. De l'épithélioma pavimenteux primitif des cicatrices. — III. Des myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. — IV. De l'érysipèle chez le nouveau-né.

I. — M. Maurice Vallas, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon, a consacré sa thèse inaugurale à la description d'une des manifestations les plus rares de la tuberculose (1). L'ulcération tuberculeuse de la peau a pour siège de prédilection le pourtour des orifices naturels. Elle n'apparaîtrait, d'après M. Vallas, que chez les tuberculeux parvenus aux dernières périodes de leur maladie et serait le résultat d'une auto-inoculation bacillaire.

Les lésions anatomo-pathologiques sont celles de la tuberculose du tissu connectif. Elles peuvent affecter deux formes :

1° Une forme granulo-caséeuse, caractérisée par les nodules embryonnaires et une inflammation spécifique internodulaire (Renant);

2° Une forme folliculaire, caractérisée surtout par la présence des follicules de Kœster.

Les inoculations, comme pour toutes les formes de tuberculose cutanée, ont fourni à M. Vallas des résultats indiquant une faible virulence des produits inoculés.

II. — Dans une étude importante, s'appuyant sur quatorze observations et sur un tableau récapitulatif de soixante-quatorze faits, M. Camille Durand (2) a cherché à démontrer que la dégénérescence épithéliale du tissu de cicatrice est fréquente. Elle reconnaît pour cause et pour origine l'imperfection anatomique de la structure de son revêtement épidermique. Survenant le plus ordinairement sur les cicatrices anciennes, on peut l'observer aussi sur les cicatrices jeunes on dont la formation est à peine complète, quand le processus de réparation, retardé ou souvent interrompu, n'a pas suivi sa marche régulière normale.

Les cicatrices étendues des brûlures ous de plaies contuses graves,dont les tissus ont fourni une longue suppuration,ainsi

(1) Brochure in-8o ; Paris, Baillière, 1887.

(2) Thèse de Paris, 1888.

montre la part qui revient à chacun de ses membres dans l'invention et le perfectionnement du forceps. On y trouvera même les portraits de Pierre (le 3°) et de Hugues II, reproduits d'après le livre d'Aveling, et plus la figure de 4 modèles successifs de l'instrument qui mérite si justement le titre de bienfaiteur de l'humanité.

Aussi, aujourd'hui pouvons-nous dire, comme M. Herrgott : Tout est clair maintenant « sur l'origine de ce précieux instrument et sur la famille dans laquelle il a été inventé; malheureusement pour l'humanité, et aussi pour sa propre gloire, elle l'a tenu caché trop longtemps ». Oui, elle l'a tenu caché, et ce serait là une honte pour de vrais médecins. Cette honte, Jean Palfyn, de Courtray, ne l'aurait pas méritée. Ayant entendu parler de l'invention de Chamberlen, Palfyn chercha à découvrir leur secret et « pour faciliter, dit Cornelius Broeck (1), l'extraction de la tête, dans les accouchements difficiles, conçut à son tour un tire-tête qui fut l'origine du forceps et qui lui mérita tout l'honneur de l'invention. Dans l'intérêt de l'art et de sa patrie, il n'en fit point un secret; car, pendant son séjour à Paris, il en donna, en 1721, communication à l'Académie des sciences et fit présent à plusieurs médecins de son instrument, auquel il donna le nom de *Mains*. » Mais Palfyn, jouissant de la fortune de son vivant, fut malheureux au déclin de ses jours et presque dans un état voisin de l'indigence, par suite des grandes dépenses que nécessitèrent ses publications, la plupart enrichies de superbes gravures.

Ce ne fut qu'en 1873 que Gand rendit à Palfyn un hommage éclatant « en érigeant à sa mémoire un superbe mausolée dans l'église de Saint-Jacques, monument qui fait l'admiration des connaisseurs et dont on peut voir le dessin dans un *Eloge sur Palfyn*, par Martin van Dueren » (1). Depuis, Courtray a donné à une de ses rues le nom du célèbre chirurgien, et, il y a deux ans, on lui a élevé une statue dans sa ville natale.

Etant donné le titre de la brochure, j'espérais que M. Herrgott nous parlerait avec détails de Palfyn. Vingt lignes à peine, et

(1) *Essai sur l'histoire de la médecine belge avant le XIXe siècle.* In-8o, 1837, p. 191.

(1) Dans son article sur *Palfyn*, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, le docteur Ach. Chereau, qui semble avoir eu la male chance des erreurs, a écrit : van Ducren.

que les cicatrices irrégulières, difformes, vicieuses y sont particulièrement exposées. Néanmoins toute cicatrice, même petite ou linéaire, peut devenir le point de départ d'un épithélioma.

Le développement de la tumeur est déterminé par une cause irritative extérieure, agissant localement, ou par une lésion quelconque de la cicatrice, produisant son ulcération. Dans les cas plus rares, où ces causes font défaut, le néoplasme apparaîtrait comme une manifestation spontanée de la tendance du tissu inodulaire à subir, en raison de sa structure même, la dégénérescence épithéliale. Cette dégénérescence, indépendante de l'hérédité comme de tout état diathésique du malade, se comporte comme une affection purement locale, de nature maligne.

La marche du mal est lente, mais toujours envahissante. Les ganglions lymphatiques demeurent le plus souvent intacts. Les symptômes fonctionnels sont peu accusés ; le pronostic est sérieux ; les récidives sont à craindre. Aussi l'ablation de la tumeur devra-t-elle être pratiquée de bonne heure, et l'on devra s'efforcer de restreindre le plus possible, par les moyens appropriés, l'étendue de la cicatrice opératoire.

III. Ce fut Wirchow qui donna la première description histologique d'un myome cutané. Après lui, en Allemagne, Forster en observa plusieurs cas ; en France, M. Verneuil en 1858, puis M. Challand en 1871, présentent à la SOCIÉTÉ ANATOMIQUE des observations intéressantes de tumeurs cutanées formées de fibres musculaires. Mais c'est à M. Besnier que revient l'honneur d'en avoir donné une excellente description.

A l'occasion d'un cas remarquable qu'il pût étudier à fond il isola et constitua, en rapportant cinq autres faits, le groupe des myomes de la peau ou dermato-myomes.

Cet important mémoire, paru en 1880 (1), attira sur ce genre de tumeurs l'attention des observateurs et, depuis lors, un certain nombre d'observations furent publiées par Arnozan et Vaillard dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, par Brigidi et Marcacci dans le journal italien L'IMPARZIALE.

Résumant ces divers travaux et s'appuyant sur un total de vingt et un faits, M. Georges Phélisse(2) a exécuté un travail d'ensemble sur les myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et s'est arrêté aux conclusions suivantes :

Les myomes de la peau se présentent sous deux aspects cliniques : une forme généralisée ou éruptive et une forme localisée ; les myomes généralisés sont des tumeurs dermiques de petit volume, de consistance ferme, produisant sur la peau des saillies à surface lisse, à coloration rosée qui se fonce avec le temps. Débutant en petit nombre dans une région quelconque, ils s'accroissent et se multiplient très lentement et finissent par envahir de proche en proche une grande étendue de tégument.

Ils peuvent se produire dans toutes les régions du corps. Indolores au début, ils deviennent souvent, dans la suite, le siège de douleurs à la pression ou de crises névralgiques spontanées très violentes. Ils ne se développent qu'à un âge avancé.

Les myomes localisés sont des tumeurs habituellement uniques, qui peuvent se montrer sur tous les points du corps, mais particulièrement en certaines régions pourvues d'un dartos : scrotum, grande lèvre, mamelon. Leur volume peut atteindre celui d'une pomme. Ils sont sessiles ou pédiculés. Leur consistance est tantôt dure et élastique, tantôt plus ou moins molle.

Dans les tumeurs molles, il est possible de déterminer, par les excitants musculaires, des phénomènes de contractilité. Ils sont indolents.

Les myomes sous-cutanés constitueraient, d'après M. Phélisse, un des groupes les plus importants des tumeurs décrites sous le terme commun de tubercules sous-cutanés douloureux. Ce sont des lio-myomes avec un développement plus ou moins considérable du tissu conjonctif et des vaisseaux. Ils sont de nature bénigne, leur évolution est très lente ; enlevés, ils ne récidivent pas.

IV. La thèse de M. Platon Mavrikos (1) est intitulée : *Contribution à l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né*. Nous y voyons que l'érysipèle est plus fréquent chez le nouveau-né que chez l'enfant ; qu'il présente chez lui des particularités cliniques qui le différencient de l'érysipèle de l'enfant et de l'adulte.

(1) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

(2) Thèse de Paris, 1887.

(1) Paris, 1887.

c'est tout. Cela nous paraît insuffisant, à nous qui savons que M. Herrgott pouvait non pas seulement se contenter de régler cette question de priorité, mais surtout de discuter *ex professo* avec la double autorité du savant et de l'érudit. Nul d'ailleurs ne nous paraîtrait plus en état que lui de nous donner une histoire critique de l'art des accouchements. Puisse-t-il entendre notre voix et exaucer nos désirs.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — A été promu dans le cadre de santé militaire :

Au grade de médecin-inspecteur. — M. Aron, directeur du service de santé du dixième corps d'armée, en remplacement de M. Widal. M. Aron est nommé directeur du service de santé du dix-neuvième corps d'armée et de la division d'Alger, à Alger.

— M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du septième corps d'armée, a été nommé membre du Comité technique de santé.

CONCOURS D'ANATOMIE. — Des concours s'ouvriront :

1o Le 1er avril 1889 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse.

2o Le 15 avril 1889, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

— Un concours s'ouvrira le 19 septembre 1888, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour trois places de majors, dans les trois hôpitaux suivants : Hôtel-Dieu, Hôpital de la Conception et Hospice de la Charité.

Le 10 septembre 1888, à trois heures, un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux sera ouvert au même établissement.

Le registre d'inscription sera clos huit jours avant la date fixée pour l'ouverture de chaque concours.

Nous y voyons qu'il est grave et entraîne presque fatalement la mort, non parce qu'il est lui-même d'une gravité spéciale, mais parce qu'il frappe un organisme encore peu résistant par lui-même et souvent déjà affaibli par de mauvais soins. Cependant, il est parfois suivi de guérison.

Nous retiendrons, de ce travail, que la pathogénie de l'érysipèle chez le nouveau-né paraît se rapporter à la pathogénie de l'érysipèle chez l'adulte, et que l'alcool semble exercer une excellente influence sur l'état général.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Thérapeutique de la tuberculose.

I. SUR L'IMMUNITÉ CONTRE LA TUBERCULOSE DES OUVRIERS EMPLOYÉS DANS LES FOURS A CHAUX, AVEC PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES, par le docteur L. HALTER. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, nos 36, 37 et 38.) — II. LA GUÉRISON DE LA PHTISIE PULMONAIRE PAR LES INHALATIONS D'AIR CHAUD ET HUMIDE, MAINTENU A UNE TEMPÉRATURE CONSTANTE DÉTERMINÉE, par le docteur E. KRULL. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, nos 39 et 40.)

I. M. HALTER croit avoir constaté que, dans certaine localité de la Westphalie, où il a exercé pendant quelque temps, et où fonctionnent des fours à chaux, les ouvriers employés à l'évacuation des fours sont réfractaires à la tuberculose, tandis que cette maladie fait de nombreuses victimes parmi les autres habitants de la localité.

Partant de ce fait, l'auteur se livre à un examen méticuleux des circonstances qui peuvent expliquer cette immunité professionnelle contre la tuberculose. Déniant toute action spécifique aux particules de chaux tenues en suspension dans l'atmosphère que respirent les ouvriers dans le voisinage des fours, il arrive à conclure que cette immunité reconnaît pour causes :

1° La grande sécheresse relative de l'air que les ouvriers respirent à l'intérieur et dans le voisinage des fours.

2° La température élevée de cet air, qui a pour conséquences :

a. De maintenir l'air dans un grand état de pureté, eu égard à la présence des spores tuberculeuses.

b. De le maintenir aussi dans un état de raréfaction très grande (comme il arrive pour l'atmosphère des hautes altitudes, où la tuberculose est inconnue.)

c. De produire des élévations quotidiennes de la température corporelle, chez les ouvriers qui sont en voie de s'acclimater au séjour dans ce milieu.

d. De produire, pendant et encore après la période d'acclimatation, une accélération du pouls, de la respiration, de la transpiration cutanée et des échanges nutritifs.

Voici, *grosso modo*, comment, à l'idée de l'auteur, ces diverses circonstances interviennent pour conférer l'immunité contre la tuberculose :

A l'état normal, la température de l'air expiré est d'environ 36°,5 ; l'air qui circule dans les poumons exerce une action réfrigérente sur la température des voies respiratoires, abaisse cette température à un degré (37° à 38°) qui favorise le développement et à la multiplication des germes de la tuberculose. Sous l'influence du séjour dans l'atmosphère des fours à chaux, la température du courant d'air expiré s'élève à 41°-43°,5 ; l'air qui circule dans les poumons échauffe les tissus avec lesquels il vient en contact, les entretient à une température incompatible avec la végétation des germes de la tuberculose, ou qui, du moins, détruit la virulence de ces germes.

L'élévation de la température corporelle exerce une action délétère du même genre sur les bacilles spécifiques qui ont immigré dans la profondeur des tissus et dans les humeurs. D'autre part, l'accélération du pouls, de la respiration, de la transpiration cutanée et des échanges nutritifs, a pour conséquence d'activer l'élimination de ces bacilles.

Pour donner une sanction pratique à ces recherches, l'auteur a formulé les propositions thérapeutiques suivantes, qui ont trait à la prophylaxie et au traitement de la tuberculose :

Etant donné le fait que des ouvriers employés aux fours à chaux, et qui séjournent chaque jour une ou deux fois pendant dix à trente minutes dans un air sec et chaud de 41° à 70°, sont épargnés par la tuberculose, il y a lieu d'utiliser les bains romains (d'air chaud), pour la prophylaxie et le traitement de la tuberculose, à raison de un à deux bains par jour, d'une durée d'un quart d'heure à une demi-heure chacun ;

Etant donné le fait que, par des inhalations d'air chaud et sec, on peut élever la température de l'air qui circule dans les poumons à 41°, et qu'à cette température les bacilles spécifiques sont anéantis, il y a lieu d'employer, pour le traitement local de la phtisie pulmonaire, des inhalations d'air sec très chaud (120° à 190°), répétées plusieurs fois par jour ;

Etant donné ce fait expérimental, que l'on réussit plus facilement à élever la température de l'air contenu dans les poumons, en faisant faire les inhalations chaudes dans un milieu dont la température est portée au-dessus de celle du sang, on devra, pour les applications thérapeutiques mentionnées ci-dessus, faire faire les inhalations d'air chaud dans le local même où se donnent les bains d'air.

L'auteur ajoute que la température de 41°-45°, exigible pour le bain d'air, peut être atteinte, en été, dans une chambre ordinaire convenablement chauffée ; que l'usage de bains d'air à la température de 30° à 40° est dangereuse, en ce sens que cette température favorise la pullulation des germes tuberculeux en suspension dans l'atmosphère ambiente ; que la durée et la température exacte du bain doivent être réglées sur l'état des forces de chaque malade, mais que, d'une façon générale, on réservera les températures élevées de 45° à 50° pour les tuberculeux au premier degré, doués encore de beaucoup de vigueur, tandis que chez les tuberculeux débiles et chez ceux qui sont déjà à la seconde période de la maladie, on s'en tiendra d'abord à des bains d'air de 41°-43°. Enfin, chez les tuberculeux au troisième degré, ce mode de traitement doit être entièrement proscrit, de même que chez les tuberculeux fébricitants et chez ceux qui manifestent une tendance aux hémoptysies.

Il est recommandé aussi de n'utiliser, pour les inhalations, que de l'air puisé directement au dehors. Ces inhalations devront se faire exclusivement par la bouche ; enfin, on pourra mélanger des substances antiseptiques à l'air chaud.

Avec beaucoup de sagesse, l'auteur a pris soin de déclarer que l'emploi combiné des bains et des inhalations d'air chaud

ne saurait être considéré comme un remède infaillible contre la phtisie pulmonaire; bien mieux, il conseille de ne recourir à ce procédé de traitement qu'autant que d'autres médications réputées efficaces — en première ligne, le traitement diététique et climatérique — auront échoué.

Dans une note additionnelle, M. Halter a donné la description d'un appareil de son invention, et qui est destiné « à la désinfection des voies respiratoires dans les cas de productions de micro-organismes parasitaires, désinfection réalisée au moyen de l'air filtré, d'une sécheresse relative plus ou moins grande, et portée à 100°-120°, ou au moyen de l'air filtré plus ou moins humide, et porté à 50°-100°. »

II. Le procédé de traitement, proposé par M. Krull, dans le but d'obtenir la guérison de la tuberculose pulmonaire, se rapproche sensiblement de celui dont il vient d'être question. Seulement, très sceptique à l'endroit de l'efficacité des médications parasitaires appliquées au traitement de la tuberculose, M. Krull se représente tout autrement le mode d'action des inhalations d'air chaud chez les tuberculeux. Voici les explications que fournit l'auteur à ce sujet :

En introduisant dans les poumons, de l'air porté à une température supérieure à celle du corps, on détermine une dilatation des vaisseaux pulmonaires; ceux-ci seront traversés par une plus grande quantité de sang, en dehors de tout accroissement de travail imposé au cœur Comme, d'autre part, la chaleur humide, maintenue dans des limites convenables, ne compromet pas l'élasticité des vaisseaux, ceux-ci, par leurs contractions rythmiques, se déchargeront de tout le sang qui y afflue. Bref, une plus grande quantité de sang viendra en contact avec la paroi des capillaires de la petite circulation. L'effet immédiat de chaque séance d'inhalation devra consister dans une augmentation de la quantité d'oxygène absorbée et de la quantité d'acide carbonique excrété; les échanges nutritifs seront, par suite, activés. Quant à la diminution de densité que subit l'air, sous l'influence de l'échauffement, elle est largement compensée par l'aspiration plus énergique de l'air pendant les inhalations. Puis, les vaisseaux nourriciers des poumons subiront la même stimulation nutritive que les vaisseaux cutanés sous l'influence des bains chauds répétés, par suite d'un apport plus actif de sang saturé d'oxygène. Le parenchyme pulmonaire, mieux nourri, est plus à même de résister à l'invasion des *bacilli tuberculosi*; en même temps, il se trouve placé dans des conditions plus favorables à la résorption des produits morbides, et mis à même d'enrayer le processus tuberculeux, à la faveur d'une néoplasie vasculaire et conjonctive. Enfin, l'auteur ajoute qu'on peut toujours se représenter comme une chose possible, une action délétère exercée par de l'air chaud (42°) humide, sur la vitalité des bacilles spécifiques adhérents aux tissus des poumons, ou déposés dans les produits de décomposition de ces tissus.

Suit la description de l'appareil imaginé par l'auteur pour faire servir les inhalations d'air chaud au traitement de la tuberculose, description qui ne peut être bien comprise qu'autant qu'on a sous les yeux le dessin de l'appareil.

M. Krull parle ensuite des résultats qu'il a obtenus avec son procédé thérapeutique. Ces résultats ne sont pas encore très brillants, parce que les malades qui se sont soumis à l'épreuve du nouveau traitement étaient, pour la plupart, des phthisiques avancés, dont l'état ne laissait plus aucun espoir de guérison. Néanmoins, M. Krull est convaincu que son procédé, employé dans les circonstances favorables, c'est-à-dire dans les cas de tuberculose au début, sans complication de syphilis, d'albuminurie, d'ulcérations intestinales, acquérera définitivement droit de cité en thérapeutique.

Voici, d'autre part, les principales indications données par l'auteur, relativement à la technique des inhalations :

Les malades doivent éviter de faire des inspirations forcées pendant les séances d'inhalation; on leur recommandera de respirer de la façon la plus naturelle.

En général, on devra se borner à une séance d'inhalation par jour, sauf chez les malades robustes et sans fièvre, où l'on pourra essayer de deux inhalations quotidiennes : une le matin et une le soir.

Chez les tuberculeux qui ont de la fièvre, les séances d'inhalations auront lieu à une heure de la journée où le malade est en état d'apyrexie, entre 7 et 8 heures du matin, on entre 5 et 6 heures du soir.

La température de l'air destiné aux inhalations ne devra pas dépasser 46°. Chez les tuberculeux qui ont de la fièvre, la température de l'air sera portée d'abord à 43°-44°. Une fois la fièvre abattue, on portera la température de l'air jusqu'à la limite extrême de 45°-46°, pour la ramener de nouveau, à la fin de la cure, à 43°. Chez les tuberculeux apyrétiques, on peut recourir d'emblée aux inhalations d'air à 45°-46°. Chez les tuberculeux un peu avancés, chez ceux qui présentent des signes de phtisie laryngée, l'air destiné aux inhalations ne devra jamais être échauffé au-delà de 43°-44°.

La durée de chaque séance sera de 30 à 40 minutes. Immédiatement après les inhalations, le malade devra maintenir la bouche fermée, afin que l'air froid ambiant ne puisse pénétrer dans les voies respiratoires qu'à travers les fosses nasales. Pendant une demi-heure environ, il s'abstiendra de parler. Il s'étendra, convenablement couvert, sur un sopha. Il est également nuisible pour le malade de se coucher ou de se donner du mouvement, au sortir d'une séance d'inhalations.

Pour apprécier le résultat de la cure, 3 facteurs sont à prendre en considération : le poids corporel, la fièvre, l'expectoration. Il va de soi qu'une diminution considérable du poids corporel, une exacerbation du mouvement fébrile, indiquent qu'il y a lieu de modifier ou d'abandonner le traitement. Une augmentation passagère de l'expectoration, survenant une heure environ après la séance d'inhalation, est de règle; quand elle persiste, accompagnée d'une diminution du poids corporel et d'une aggravation de la fièvre, elle constitue également une contre-indication au traitement. L'auteur ne cache pas que, chez trois de ses clients, il a vu survenir, dans l'intervalle des inhalations, des hémorrhagies graves, mortelles chez deux malades.

(A suivre). E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales, par le docteur Léonce Lacoarret. In-8° de 150 pages. Paris, O. Doin, 1888. — II. De l'asthme d'origine nasale, par Jean-Georges Dusseaud. Thèse de Paris, 1887. — III Étude anatomique et clinique de la glande de Luschka (angine de Tornwaldt), par

EDOUARD ENJOLRAN. Thèse de Paris, 1887. — IV. ETUDE SUR L'HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE, par M. CHAUVEAU. Thèse de Paris, 1888.

I. Dans un travail basé sur douze observations, un élève du docteur Moure (de Bordeaux), M. Lacoarret, a cherché à démontrer que le catarrhe chronique des fosses nasales affecte trois formes distinctes (coryza chronique *simple*, coryza chronique *hypertrophique*, coryza chronique *atrophique*), qui ne sont souvent que des stades divers et progressifs d'une même affection. Leur étiologie respective se confond avec l'étiologie générale de la maladie, les trois formes ne différant que par la symptomatologie et les lésions morbides.

Le traitement du coryza chronique devra donc comprendre un traitement étiologique général et un traitement symptomatique et morbide spécial à chacune des formes de rhinite.

Le coryza chronique *simple* ne réclame qu'un traitement purement médical : Douches nasales, pulvérisations et fumigations médicamenteuses, dont on fera varier l'action suivant le degré plus ou moins avancé des lésions.

Le coryza chronique *hypertrophique* demande en plus, au début, l'emploi de poudres cocaïnées. Dans un *second stade*, on aura recours à des moyens plus actifs : cautérisations chimiques à l'acide chromique, cautérisations thermiques au galvano-cautère.

Quant au coryza chronique *atrophique*, ou ozène essentiel, que l'auteur considère comme guérissable, il sera traité par les douches, les pulvérisations, les fumigations détersives et à la fois antiseptiques, par les badigeonnages astringents caustiques, antiseptiques, par les cautérisations au galvanocautère, et peut-être enfin par la galvano-caustique chimique.

II. Elève du docteur Calmettes et du docteur Potiquet, M. Dusseaud a cherché à démontrer, en s'appuyant sur sept observations, que l'asthme peut se montrer dans le cours de toutes les affections nasales et que tous les points de la muqueuse peuvent lui donner naissance. De plus, l'asthme des foins doit être considéré comme un réflexe d'origine nasale.

Enfin, d'après M. Dusseaud, le traitement de la muqueuse malade au moyen du galvano-cautère, tout en donnant d'excellents résultats, ne doit pas être cependant employé exclusivement et, toutes les fois qu'on y a recours, il faut agir méthodiquement et avec circonspection.

III. On sait qu'en 1868, Luschka put isoler de la muqueuse pharyngo-nasale l'organe glandulaire entrevu par Meyer, et qui se trouve sur la paroi postérieure du pharynx, sur la ligne médiane, où l'on voit presque constamment un orifice d'un diamètre plus grand que celui des glandes ordinaires, atteignant la dimension d'une tête d'épingle et affectant, dans la plupart des cas, une forme arrondie. Cet orifice donne accès dans un canal en cul-de-sac ne dépassant pas 15 millimètres de longueur, large au plus de 6 millimètres, et se terminant en pointe dans le tissu fibreux de l'apophyse basilaire de l'occipital qui, à cet endroit, présente une dépression située au devant du tubercule pharyngien.

Dix ans plus tard, en 1878, Ganghofner, après des recherches dignes d'intérêt au point de vue histologique et embryogénique, rejeta l'opinion exprimée par Luschka, puis par Fraenkel, qui faisaient de cette bourse le reste du conduit reliant la cavité de l'arrière-bouche à l'hypophyse cérébrale, la considéra comme un cul-de-sac normal, un *recessus* de la muqueuse, une fossette médiane analogue aux deux fossettes latérales de Rosenmüller. Cette fente médiane, plus ou moins profonde, mais constante chez tous les sujets observés par l'auteur, serait due à ce que la muqueuse, ailleurs lachement unie aux tissus sous-jacents, est au contraire en ce point solidement fixée au ligament médian.

Telles étaient les notions que l'on avait de cet organe à l'époque (mai 1885) où Tornwaldt entreprit ses recherches cliniques sur certaines affections localisées primitivement au pharynx nasal. Les modifications heureuses que l'on a fait subir à la méthode d'inspection rétro-nasale, telles que l'emploi du crochet de Voltolini dans le but de relever en avant la luette et le voile du palais, ont permis à Tornwaldt d'observer directement l'orifice de la bourse pharyngée et d'en décrire les diverses altérations pathologiques. C'est ainsi qu'il a pu étudier deux classes distinctes d'affections ayant leur siège dans cette cavité : les unes consistant en une hypersécrétion d'origine catarrhale ; les autres caractérisées par la présence d'un kyste de cette bourse produit par l'occlusion de son orifice.

En 1886, deux publications importantes : l'une de M. Tissier *(Annales des maladies de l'oreille et du larynx)*; l'autre de M. le docteur Luc (FRANCE MÉDICALE, nos 120-121), parurent sur le même sujet et vinrent confirmer pleinement les résultats cliniques obtenus par le médecin allemand.

Aujourd'hui, M. Enjolran, sous l'inspiration du docteur Gouguenheim, présente une étude anatomique et clinique de la glande de Luschka ; s'appuyant sur huit observations nouvelles, il arrive à conclure que l'affection, connue sous le nom de pharyngite enpérieure chronique, pharyngite sacculaire, maladie de Tornwaldt, a pour origine anatomique la glande de Luschka, et pour siège le voisinage de cette glande, ou plus exactement la paroi postérieure du pharynx. Longtemps confondue, par sa marche chronique, sa fréquence et ses récidives, avec le coryza postérieur et l'angine glanduleuse, elle s'en distingue par un certain nombre de signes locaux et généraux qui établissent son individualité morbide. Son diagnostic est, en général, très facile, si l'on a soin de pratiquer l'examen rhinoscopique chaque fois que l'on se trouve en présence d'une affection de l'arrière-gorge. Tantôt liée manifestement aux influences diathésiques, tantôt paraissant uniquement constituée par la lésion locale, elle est justiciable dans les deux cas de moyens assez rapidement curatifs (cautérisations profondes et traitement sulfureux).

IV. D'après M. Chauveau, l'hypertrophie des amygdales procède de causes diverses, mais peut être ramenée à deux types : le type adénoïde et le type scléreux :

1° La forme adénoïde, hypertrophie vraie, est une lésion de développement. Elle constitue un cas particulier de l'hypergenèse du tissu adénoïde pharyngien et, le plus souvent, elle est associée à des tumeurs adénoïdes du pharynx et du nasopharynx, de la luette, etc. Ses caractères sont : la mollesse, la teinte rosée, l'hypertrophie des follicules clos et de toutes les formations réticulées de l'amygdale, y compris les papilles. Elle récidive ordiuairement après l'opération. Quant aux signes fonctionnels qui lui sont attribués, la plupart ne dépendent pas d'elle, mais des tumeurs adénoïdes du pharynx concomitantes.

2° Le type scléreux n'est que secondaire et peut se montrer à la suite de toutes les irritations superficielles de l'amygdale

Il apparaît tardivement. Au point de vue histologique, c'est une sclérose périvasculaire avec prédominance de l'élément fibreux et atrophie plus ou moins marquée du tissu adénoïde et des papilles. L'hypertrophie scléreuse ne récidive jamais.

Pour M. Chauveau, le meilleur des traitements est la cautérisation, laquelle détermine une sclérose totale avec rétraction qui étouffe l'élément adénoïde.

Dr F. A. S.

L'HYGIÈNE DES ENFANTS.

On s'occupe beaucoup d'hygiène en ce moment et l'on cherche à mettre cette science à la portée du plus grand nombre. Mais c'est surtout l'hygiène des enfants qui est en honneur. Aussi les livres ou manuels qui l'enseignent et la propagent sont-ils fort nombreux.

En voici deux qui ont paru récemment à la librairie Doin.

Le premier, dû à la plume du docteur Selle, est le *Guide maternel ou l'hygiène de la première enfance*. L'aspect du livre prévant d'abord en sa faveur. C'est un élégant in-12 à relinre satinée, au type clair; quant au fond, il est pour ainsi dire irréprochable. Les détails relatifs aux soins à donner au nouveau-né, les moyens de lui épargner certaines indispositions, les conseils à la mère qui veut nourrir son enfant, les précautions à prendre pour le choix d'une nourrice, tout cela est indiqué sobrement, clairement.

C'est un manuel excellent.

Nous aimons moins le second volume, qui traite à peu près du même sujet. Il a pour titre : *Hygiène de l'enfance. — Conseils aux mères de la manière d'élever leurs enfants. — Surmenage scolaire et ses conséquences*, par T. Cruard, médecin-inspecteur des Écoles et des enfants du premier âge, délégué cantonal.

Ce livre est trop long et trop court; il est trop théorique et pas assez pratique; il n'a pas cette simplicité d'exposition, cette concision de style qui conviennent à un ouvrage de vulgarisation. Il est instructif cependant, et ce qu'il enseigne est marqué au coin de la vraie science, mais il n'atteint pas, ce nous semble, le but auquel l'auteur a visé.

Dr C. DELVAILLE.

NOTES & INFORMATIONS

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES PAR LES MÉDECINS. — Dans sa séance du 26 septembre 1888, le *Comité consultatif d'hygiène publique de France* a approuvé un rapport de M. Bronardel sur la déclaration obligatoire par le médecin traitant des maladies épidémiques, ainsi que sur la déclaration des causes de décès et les moyens de rendre cette déclaration compatible avec le secret professionnel.

Après avoir établi, d'après la tradition et par l'interprétation des arrêts les plus récents, les éléments constitutifs du secret médical, le rapporteur a montré que ces éléments ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques, sauf dans certaines circonstances tout à fait spéciales. Aussi le Comité a-t-il été d'avis, conformément aux conclusions du rapport, qu'il y a lieu de préparer un projet de loi qui rendrait obligatoire pour le médecin la déclaration d'un certain nombre de maladies, indiquées sur une liste nominative qui pourrait être modifiée par décret, suivant que des découvertes scientifiques rendraient des adjonctions utiles à la santé publique.

Dès maintenant, cette liste pourrait comprendre les maladies suivantes : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphtérie, dysentérie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, maladies infectieuses puerpérales, maladies septicémiques, peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthématique, variole.

En ce qui concerne la déclaration des causes de décès, le Comité a, en outre, émis le vœu qu'une statistique de ces causes, basée sur les déclarations de médecins traitants, fut organisée dans toute la France avec le concours des conseils d'hygiène d'après le système adopté, pour les villes par l'Académie de médecine et la Ville de Paris et par les autres communes, par l'Association générale des médecins de France.

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois d'août dernier, 125 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

27 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement;

81 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire;

15 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Personnes traitées mortes de rage. — Sinardet (Alphonse), vingt-six ans, cultivateur à Polliot, mordu, le 26 avril 1886, au petit doigt de la main droite; trois blessures sur le bord externe. Le chien mordeur a attaqué des chiens et un enfant, puis a disparu. Les morsures ont été cautérisées au fer rouge deux jours après. Sinardet a été traité du 3 au 12 mai 1886. Le 24 juillet 1888 (27 mois après la morsure), à la suite d'un refroidissement, il ressent dans le bras mordu une douleur qui part du petit doigt et s'étend à l'épaule et au côté droits. Le lendemain, impossibilité d'avaler. Le 27, il est transporté à l'Hôtel-Dieu de Bourg, en proie à la rage convulsive; il meurt le 28 juillet. Sinardet fait partie de la statistique de 1886.

DAX THERMAL. — L'incendie récent de l'établissement de Salies a appelé l'attention sur notre station au point de vue de l'utilisation médicale de nos importantes salines. Aussi l'administration des Enfants-Assistés de Bordeaux a-t-elle envoyé à Dax les malades qu'elle adressait jadis à nos voisins. Les Thermes, toujours prêts à coopérer à toute œuvre pouvant faire ressortir nos ressources hydro-minérales, n'ont pas hésité à s'imposer la création d'un petit hospice thermal dans un bâtiment annexe construit à cet effet et qui remplit tous les *desiderata* de l'hygiène de l'enfance : dortoirs divisés, réfectoir, jardin particulier, service balnéaire complet et séparé, tout a été aménagé avec autant de science que de pratique.

Aussi, quand, dimanche dernier, les délégués de l'administration de Bordeaux, MM. Lanusse, Delpech et les docteurs Négrié et Piéchaud, médecins des hôpitaux, sont venus inspecter les dispositions adoptées pour répondre aux exigences de cette médication nouvelle, n'ont-ils pas dissimulé leur satisfaction à la Société des Thermes.

Quelques personnages venus à Dax pour leur santé et qui, par leur position, s'intéressent à tout ce qui touche à l'hygiène et à la protection de l'enfance, se sont joints à ces messieurs dans cette visite, qui s'est terminée par un dîner, à la fin duquel plusieurs toasts ont été portés.

M le docteur Delmas, président de la Société des Thermes, a le premier pris la parole.

« Messieurs,

« Au nom de l'administration des Thermes, je souhaite la bienvenue à M. Proust, l'éminent professeur d'hygiène de la Faculté de Paris et inspecteur général de France. C'est un grand honneur pour les Thermes de le recevoir ici, et qu'il nous permette d'espérer que sa présence sera un gage de succès pour l'avenir thermal de Dax.

« Je tiens également à adresser mes souhaits à M. Lanusse,

administrateur de l'hospice des Enfants-Assistés de Bordeaux. Nous avons la bonne fortune de posséder en ce moment ses petits protégés, et nous devons en grande partie à sa sollicitude paternelle pour eux la création d'un petit hospice thermal qui, nous l'espérons, rendra les plus grands services, grâce au concours dévoué de nos deux collaborateurs, MM. les docteurs Barthe de Sandfort et Albert Laranza, médecins des Thermes.

« Qu'il me soit permis aussi d'associer à cette œuvre modeste M. Milliès Lacroix, maire de Dax. Sa sollicitude pour le développement de la station nous est bien connue, et nous avons confiance dans son esprit de justice et d'équité pour favoriser indistinctement toutes les bonnes volontés et toutes les créations thermales de Dax.

« Je vous propose donc, messieurs, de porter un toast au savant professeur Proust, au dévoué administrateur des hospices de Bordeaux, Lanusse, et à notre sympathique maire, Milliès-Lacroix. »

Puis la série des toasts a commencé.

M. le docteur A. Larauza a souhaité la bienvenue à ses anciens maîtres de Bordeaux.

M. Milliès-Lacroix a renouvellé ses promesses de concours bienveillant pour toute œuvre thermale de notre station. M. Béquet, conseiller d'Etat; Vital, ingénieur des mines; MM. les docteurs Négrié et Barthe de Sandfort ont chacun, au point de vue de leurs études personnelles, salué l'aurore d'une prospérité nouvelle pour notre station thermale.

Société italienne de médecine interne. — Les séances du Congrès de cette Société, qui auraient dû commencer le 15 septembre, sont fixées aux jours suivants : 20, 21, 22 et 23 octobre. (*Riforma Medica*)

Etude du béribéri. — Une commission vient d'être nommée en Hollande pour l'étude de cette maladie, sous la présidence de M. Gillavry.

Fondation d'un hôpital a San Remo. — Il vient de se former, à San Remo, d'après la Riforma Medica, un comité pour la fondation d'un hôpital en mémoire de l'empereur Frédéric, et dont il portera le nom.

Le septième Congrès international de pharmacie. — Ce Congrès qui, ainsi que nous l'avions annoncé (Gaz. Méd. du 18 février, p. 82), devait se réunir à Milan au mois de septembre, vient d'être renvoyé à l'automne prochain. Si l'on en croit la Gazette medica italiana, c'est en considération d'autres Congrès de pharmacie, qui se sont tenus cette année à Barcelone, à Bruxelles, à Londres, etc.

R. F. D.

NOUVELLES

Concours pour les places de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. — Il est constitué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés.

Le concours sera régional : il y aura autant de régions que de Facultés de médecine de l'Etat.

Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat. Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera, en conséquence, accompagnée des pièces faisant preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que ses états de services quelconques. Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le Jury d'après le mérite des examens.

Un premier concours sera ouvert en 1888 dans chaque région pour l'application du présent, à une date qui sera ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal officiel* et dans le *Recueil des actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région.

Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à compter de la date du concours, aurait à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché, pendant trois ans au moins, à un asile d'aliénés en qualité d'interne.

A titre exceptionnel, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, tout médecin-adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra être envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins-adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé, dans chaque région :

1o De trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région ; 2o d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance ; 3o d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1º Une *question écrite* portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30;

2o Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20;

3o Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades et quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30;

4o Une *épreuve sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le nombre des points sera de 10.

Les points, pour cette épreuve, devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté, le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin-adjoint dans cet établissement.

— M. le docteur Agello a été nommé inspecteur des Enfants-Assistés, en remplacement de M. Jaubert, décédé.

École de médecine de plein exercice, a Alger. — La Commission du budget vient de décider que l'École de médecine d'Alger serait classée parmi les Écoles de plein exercice.

En conséquence, il y est institué trois chaires nouvelles.

Une deuxième chaire de clinique médicale.

Une deuxième chaire de clinique chirurgicale.

Une chaire d'anatomie pathologique a Alger. — Les titulaires de ces diverses chaires toucheront 5,000 francs comme les professeurs actuels, mais ils n'auront pas droit au quart colonial, que ces derniers continueront à percevoir comme par le passé.

— Un concours s'ouvrira le 5 avril 1889 à l'École supérieure de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine et de pharmacie de Rouen.

— Une médaille de bronze vient d'être accordée à M. Bétis (Louis), interne en pharmacie à Marseille, pour services dévoués rendus dans les hôpitaux du Pharo et de l'Hôtel-Dieu pendant les épidémies cholériques de 1884-1885.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 16 au samedi 22 septembre 1888.

Fièvre typhoïde 13.— Variole 4 — Rougeole 7.— Scarlatine 1. — Coqueluche 6. — Dipthérie, cronp, 12. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 167.— Autres tuberculoses 16. — Tumeurs : Cancéreuses 37. — Autres 2. — Méningite 35. — Congestion et hémorr. cérébrales 37. — Paralysie 9.— Ramollissement cérébral 9.— Maladies organiques du cœur 43.— Bronchite aiguë 9. — Bronchite chronique 23. — Broncho-pneumonie 22. — Pneumonie 27. — Gastro-entérite : Sein 26. — Biberon 101. — Autres 6 — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 23. — Sénilité 36. — Suicides 20. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort 119. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine : 838 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Contribution à l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né, par le docteur Platon Mavrikos. Un volume in-8o de 63 pages. — Prix : 1 fr. 50.—A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine. Une brochure in-8o de 124 pages. — Prix : 3 fr. — Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse

Imprimerie Ed Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

PTOMAÏNES ET VERTIGES DE L'ESTOMAC, par le docteur GAUBE (du Gers.)

I

Il existe plusieurs vertiges de l'estomac, ou mieux plusieurs phases dans le vertige dit de l'estomac. Au début, le sujet est dyspeptique ; l'estomac se dilate plus ou moins rapidement, plus ou moins largement à la suite de la dyspepsie; les matières albuminoïdes séjournent dans l'estomac, y subissent des altérations qui sont un commencement de putréfaction ; la digestion intestinale, la plus intéressante, est modifiée, incomplète, imparfaite ; les fèces dégagent une odeur repoussante. Puis, le malade est pris de palpitations après les repas, de vertiges, d'un besoin irrésistible de tranquillité ; il est anéanti pendant les trois ou quatre heures qui suivent l'ingestion des aliments ; enfin, surviennent la décoloration des extrémités, plus accusée souvent d'un côté que de l'autre, ou bien la cyanose des extrémités, l'incoordination des mouvements, le marasme, un état syncopal avec l'irrégularité, l'intermittence des battements du cœur; certains groupes musculaires sont en état de résolution et n'obéissent plus à la volonté ; à ce moment, le système nerveux est tellement offensé que le fait seul d'introduire un aliment quelconque dans l'estomac augmente le vertige au point d'obliger le patient à regagner sa chaise longue ou son lit; il éprouve dans tout le corps une sorte de frétillement qui semble marcher de la périphérie vers l'épigastre, comme si la vie se retirait de lui ; c'est l'état grave du vertige de l'estomac, qui n'a de sympathique que le nom.

II

Le vertige, appelé vertige de l'estomac, est le résultat d'un auto-empoisonnement ; le poison est une base appartenant au groupe des poisons cadavériques, ou *ptomaïnes* de M. Arm. Gautier.

Ce qui distingue ce poison de ses congénères étudiés jusqu'ici, c'est que nous l'avons rencontré exclusivement dans les fèces et les urines des bradyspeptiques, en dehors de toute pyrexie. Ce qui nous le fait considérer comme une ptomaïne, c'est sa présence dans les fèces, où elle se trouve en plus grande quantité que dans les urines ; c'est qu'elle rougit avec les acides forts ; c'est que, dans l'état de santé, les fèces sont exemptes de bases organiques pendant que l'activité musculaire en produit, en raison de son intensité, qui s'éliminent par les urines ; c'est qu'en même temps que des bases organiques, on retire des urines, riches en principes extractifs solubles dans l'èther, des quantités relativement considérables de produits de résorption, tels que les savons, la cholestérine.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

(Suite. — Voir les numéros 39 et 40.)

V. C'est une œuvre des plus intéressantes que Mme Henriette Carrier, sage-femme de l'hôpital Lariboisière, vient d'accomplir en nous retraçant l'histoire des origines de la Maternité de Paris (1).

On sait que le magnifique établissement du boulevard du Port-Royal, pour employer les expressions de M. A. Pinard (dans la préface de ce volume), n'a pas encore cent ans d'existence. On sait aussi que ce fut grâce au concours de Baudelocque, de Mme Lachapelle et du comte Chaptal, aidés du Conseil des Hospices, que l'Ecole de la Maternité a été fondée en 1797, dans les bâtiments de l'Oratoire (rue d'Enfer), tandis que son annexe, la maison d'*allaitement*, appelée depuis *Hospice des Enfants-Trouvés*, fut placée dans les bâtiments de Port-Royal, qui étaient beaucoup plus considérables, puisqu'on pouvait y loger 150 à 200 nourrices. Mais, avant la création de la Maternité, on ne peut cependant pas dire qu'il n'y eut pas de service d'accouchements à Paris. Et c'est justement à l'histoire des Maîtresses sages-femmes de l'Hôtel-Dieu, depuis 1378, et à la description de l'office des accouchées, que sont consacrées les deux premières parties du livre de Mme Carrier. La troisième partie est réservée à la maîtrise de Mme Dugès, qui fut la dernière sage-femme de l'Hôtel-Dieu (1775-1797) et à l'apprentissage de sa *fille*, Marie-Louise Dugès, qui devait s'illustrer sous le nom de Mme Lachapelle.

C'est cette dernière qui forme le trait d'union entre l'ancien état de choses et le nouveau; et Mme Carrier affirme même que Mme Dugès « n'a dû qu'à sa parenté avec Mme Lachapelle de voir son nom échapper à l'oubli qui a enseveli ceux des anciennes maîtresses sages-femmes de l'Hôtel-Dieu. Or, beaucoup de ces

(1) ORIGINES DE LA MATERNITÉ DE PARIS : *Les maîtresses sages-femmes et l'Office des accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu* (1378-1796). Un vol. in-8o de XVI-272 pages. Paris, 1878. — Georges Steinheil, éditeur. Imprimé au Mans, typographie Edmond Monnoyer.

III

On filtre les urines, on les évapore à siccité au bain-marie; le résidu est épuisé par l'alcool à 90°; on évapore de nouveau, ou plutôt on sèche le résidu après le traitement par l'alcool; on épuise le résidu par l'éther; on décante, on chasse ce qui reste d'éther et on épuise alors par du chloroforme pur.

L'alcool entraîne la majeure partie de la matière colorante de l'urine, la cholestérine, les savons; l'éther dissout la matière grasse libre, des bases organiques odorantes, vénéneuses, dont l'action semble se rapprocher de l'action de l'aconitine. Le chloroforme s'empare d'une minime quantité d'une substance incolore en couches minces, légèrement ambrée en couches plus épaisses, d'aspect oléagineux, inodore, insoluble dans l'eau, incristallisable, sans action sur le papier de tournesol; cette substance se colore, au contact de l'acide chlorhydrique et de l'acide sulfurique concentrés, en rouge foncé et se transforme en une masse résinoïde inerte; des traces de cette base colorent d'une manière appréciable plusieurs fois leur volume d'eau distillée en présence d'un excès d'acide; l'acide chlorhydrique très dilué se combine avec ce corps organique pour former un chlorhydrate cristallisant en aiguilles rhomboïdales; le chlorhydrate ne s'altère pas pendant l'évaporation d'une de ses solutions au bain-marie, à une douce température; il est soluble dans l'eau; il précipite par le réactif de Meyer, par l'acide phosphomolybdique, par le chlorure d'or et de platine. Le réactif de Bouchardat n'a pas d'action visible; un litre d'urine fournit à peine 2 milligr. de chlorhydrate organique. Les fèces sont brassées avec de l'eau distillée; on les jette sur un filtre; on évapore à siccité au bain marie et le résidu fécal est traité comme le résidu urinaire; le résidu fécal est plus riche en substance alcaloïdique.

IV

Expériences physiologiques. — Nous relaterons dans un tableau succinct le résumé de plusieurs expériences faites sur une même portée de lapins. Nous injectons sous la peau d'un lapin de bonne venue, âgé d'un mois, un demi milligramme environ de chlorhydrate ptomaïque en solution dans l'eau distillée. Durant la première heure qui suit l'injection, les oreilles sont froides, les capillaires ne sont presque plus visibles par transparence; les extrémités des membres sont froides. Le ventre est froid. L'animal se ramasse sur lui-même; la respiration ne paraît pas altérée. Le cœur bat précipitamment; les urines sont abondantes. Dans les douze heures qui suivent, l'animal mange du bout des dents, comme s'il était dégoûté. Les fèces sont molles, les urines sont rares. La mort survient entre la trentième et la trente-sixième heure après l'inoculation, pendant que l'animal se tient la tête appuyée sur le fond du panier, comme si elle voulait entraîner le corps.

A l'autopsie, les membres sont en complète résolution; les yeux sont largement ouverts, les pupilles régulières, dilatées. Il existe autour des lèvres une sorte de mousse, de couleur verte; la muqueuse des lèvres est légèrement bleuâtre. Le nez est propre; il n'y a pas d'ecchymoses sous-cutanées. Le péritoine ne contient pas de liquide; le gros intestin est gonflé par des gaz et contient une matière verdâtre semi-liquide. L'intestin grêle, l'estomac qui est mou, flasque, sont vides. Les reins sont turgescents; le gauche, plus volumineux que le droit, est entouré d'une auréole ecchymotique plus marquée le long des vaisseaux propres de l'organe. Le foie, la rate, sont noirs; les poumons sont piquetés de taches rouges, rayonnées. Le cœur est dur, en systole. Les oreillettes sont gorgées de sang noir; les ventricules sont vides.

V

CONCLUSIONS. — Les fèces et les urines de l'homme atteint d'embarras des voies digestives avec dilatation, probablement symptomatique de l'estomac, contiennent une substance incristallisable, basique, possédant les caractères généraux des alcaloïdes, capable de former avec l'acide chlorhydrique des sels cristallisables, rougissant au contact des acides puissants en se résinifiant, douée de propriétés vénéneuses très énergiques, reproduisant chez les animaux la plupart des phénomènes *dits réflexes* qui accompagnent, chez l'homme, le *vertige de l'estomac*.

TECHNIQUE ANATOMIQUE

LA MASSE DE TEICHMAN (PROCÉDÉ D'INJECTION DES VAISSEAUX).

Notre ami Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine, vient, dans une brochure pleine d'intérêt, de décrire une

dernières ont été des modèles d'abnégation et de dévouement; beaucoup sont mortes à la tâche, des suites des fatigues surhumaines qu'elles ont dû supporter dans la conduite d'un service énorme qu'elles étaient presque seules à diriger. »

Il est vrai que Mmes Lachapelle et Boivin, auxquelles la Maison d'accouchements de Paris et la profession des sages-femmes sont redevables d'une bonne part de leur renommée, ont, comme l'a dit Velpeau, éclipsé toutes celles qui les ont précédées.

C'est en dépouillant les Archives de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité, mises libéralement à sa disposition par l'Administration de l'Assistance publique, que Mme Carrier a pu dérouler devant nous « la série d'actes successifs formant progressivement la *salle Veufee*, fondée par Saint-Louis, et destinée, dit M. Pinard, aux femmes *gisans denffans*; faire connaître ce que furent et ce que firent les sages-femmes depuis les *ventrières jusqu'à nos jours*.

Si ces pages « nous donnent, ajoute encore M. Pinard, les indications relatives au rôle et aux attributions des sages-femmes pendant trois siècles, ils nous renseignent aussi sur ce qui a été fait au point de vue social pour les femmes enceintes et les nouvelles accouchées, et ils témoignent des efforts aussi incessants qu'infructueux tentés pour soustraire les parturientes à l'épidémie puerpérale.

Qui ne sera étonné, en voyant de quelle façon fut administré l'Hotel-Dieu, lorsque le Parlement, en 1505, retira la gérance de l'Hôpital au Chapitre, pour la donner à un Bureau composé de huit bourgeois de Paris?

L'œuvre de ces hommes, simples bourgeois, fut admirable, et ceux qui liront ce travail penseront comme nous, que l'un d'eux en particulier, FABIEN PERREAU, a bien mérité que son nom soit tiré de l'oubli et placé à côté de celui de Tenon.

Femmes enceintes, femmes accouchées, enfants nouveau-nés, tous furent l'objet de leur sollicitude éclairée, et sur certains points ce qu'ils constituèrent pourrait encore servir de modèle.

De même, les élèves sages-femmes de notre époque ne peuvent qu'envier le sort des *apprentisses* de l'Hôtel-Dieu en 1657. Car, en vertu d'une délibération prise par le Bureau, le 14 novembre 1657 « il y avait toutes les six semaines dissection et anatomie de la matrice pour les seules apprentisses anciennes et présentes ».

Hélas! combien de sages-femmes reçues de nos jours, et qui n'ont vu d'utérus qu'en images?

pratique d'injection des vaisseaux qu'il a étudiée dans un voyage récent, à Vienne, à Prague et à Cracovie. On sait que les matières coagulables dont on se sert ordinairement pour remplir les artères et les veines doivent s'injecter à chaud : tels le suif, la cire, la térébenthine de Venise. Chacun a été témoin des insuccès fréquents de cette méthode ; elle réussit ordinairement pour les grosses artères. Mais que d'ennuis ne réserve-t-elle pas à l'anatomiste quand il veut injecter les petits vaisseaux et le système veineux ?

Le professeur Teichman (de Cracovie) se sert depuis quelques années déjà d'une matière qu'on peut faire pénétrer à froid dans le système vasculaire et qui y durcit spontanément en l'espace de quelques heures. Cette matière est un mastic composé de craie, de cérésine et d'huile de lin, dilué dans le sulfure de carbone et coloré, suivant les besoins, en rouge, en bleu, en blanc, en jaune. Le docteur Lejars l'appelle la *masse de Teichman*.

Elle se présente, en effet, avant sa dilution, sous la forme d'une pâte molle et malléable. C'est elle dont il recommande l'usage dans sa brochure. L'injection peut se faire avec une seringue ordinaire, mais il est préférable d'employer celle de Teichman. Celle-ci est à pas de vis, par conséquent à pression lente et continue ; elle fait plus de force et donne plus de sécurité.

Nous ne pouvons insister ici sur les avantages de cette heureuse méthode rapportée de l'étranger par le docteur Lejars. On la trouvera décrite dans sa brochure.

Il est certain que, grâce à la masse de Teichman que nous connaissons aujourd'hui, les recherches d'anatomie fine nous seront dorénavant plus faciles. Ajoutons enfin que le procédé nouveau décrit récemment par notre ami Lejars, et qui consiste à injecter dans le système veineux par les artères une masse de suif et de cire colorée avec des matières végétales, procédé d'exécution sûre et facile pour tout le monde, moyennant quelques précautions, nous assure un moyen excellent d'étudier les plus petites veines.

Il faut remercier le docteur Lejars de nous avoir fait connaître le procédé de Teichman et, à cette méthode déjà si parfaite, d'avoir ajouté la sienne, qui donne pour la dissection des réseaux veineux d'origine des résultats plus heureux encore.

P. SÉBILEAU.

REVUE GÉNÉRALE

DES PORTES D'ENTRÉE DE LA TUBERCULOSE, par le docteur HENRI BARBIER, ancien interne des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 36, 37, 38, 39 et 40.

EFFRACTION CUTANÉE.

Toutes les fois qu'il s'agit de savoir si une surface quelconque de notre organisme peut se laisser pénétrer par le bacille tuberculeux, on se heurte à une autre question non moins importante, c'est celle de savoir dans quelles limites les cellules de revêtement qui le recouvrent peuvent résister, et quelle est la somme de défense qu'elles représentent.

Nous avons déjà vu, à propos des voies digestives et des voies respiratoires, que cette résistance variait, et que la résistance de l'épithélium n'était pas la même partout. Eh bien, pour ce qui est de la peau, on peut dire que, par sa nature, par l'épaisseur et par les propriétés physiques et vitales de son épiderme, elle constitue une barrière excellente contre l'envahissement du bacille tuberculeux. Ce premier point n'a rien qui doive nous surprendre.

Mais survienne une solution de continuité, supposons l'épiderme protecteur détruit, soit accidentellement, soit *par une dermatose*, au lieu d'une barrière infranchissable, l'agent infectieux ne trouvera plus devant lui qu'une plaie à la surface de laquelle, les voies lymphatiques ouvertes lui offrant un premier relais d'air, il gagnera les ganglions pour se généraliser au reste de l'organisme. La connaissance de ces faits couvre d'un jour particulier l'importance de ces dermatoses infantiles, comprises sous le nom général de gourmee, et qu'on retrouve si souvent dans l'histoire privée des jeunes tuberculeux. Ces lésions ne sont pas tuberculeuses, M. le professeur Grancher (1) l'a prouvé dans une communication au Congrès de Copenhague, mais elles détruisent la barrière que l'épiderme intact opposait à l'envahissement des germes.

Indépendamment de ces portes d'entrée tout accidentelles, Verchère (2) signale encore « les orifices des glandes sudoripares, des glandes sébacées, des glandes mammaires, qui

(1) Congrès de Copenhague. 84, C. C.
(2) Thèse citée.

Par contre, on sera étonné de voir que, parmi les médecins-accoucheurs officiels de l'Hôtel-Dieu, aucun n'a laissé de quoi faire passer son nom à la postérité. Les accoucheurs justement célèbres du XVII[e] et du XVIII[e] siècle ont été plus ou moins longtemps à l'Hôtel-Dieu, comme élèves, mais jamais comme chefs de service ».

Et cependant, Mme Lachapelle pouvait, en 1820, écrire (1) que, depuis un temps immémorial, la ville de Paris n'offrait pour tout asile aux femmes en couches qu'une chétive salle de l'Hôtel-Dieu ; une sage-femme et cinq ou six élèves dont les études n'avaient que trois mois de durée suffisaient mal au nombre des accouchements qui s'y opéraient.

Le local était plus insuffisant encore ; les femmes y étaient entassées et couchaient d'ordinaire plusieurs ensemble dans un seul lit.

Quel changement aujourd'hui ! Quel progrès ne pourra-t-on pas noter en lisant dans la quatrième partie de ce livre la description de l'organisation de la Maternité, considérée aussi bien comme Maison d'accouchements que comme École de sage-femmes.

(1) Dans son *Introduction à la Pratique des Accouchements*.

Ce volume, imprimé sur beau papier, accompagné des portraits de Mmes Dugès et Lachapelle, et de vues de l'Oratoire et de l'abbaye de Port Royal, est accompagné de 16 belles planches reproduisant des textes en *fac simile*, des vues, des plans, qui augmentent l'importance documentaire de ce beau livre.

* * *

VI. Nous posséderons bientôt, à l'état de monographies, l'histoire de tous les hôpitaux de Paris. En 1878, M. le professeur Laboulbène avait publié, sur l'hôpital de la Charité, un travail historique des plus intéressants. L'exemple était donné ; il partait de haut. Car, depuis quelques années, nous avons eu, sous forme de dissertation inaugurale (en faisant exception pour Mme Carrier, qui a publié sur les *Origines de la Maternité* le volume dont nous venons de parler) : l'histoire de la Pitié, de la Salpêtrière, de l'hôpital Beaujon, sauf oubli. Et, en attendant l'histoire de l'hôpital Saint-Louis, qui nous a été promise par M. Feulard, nous avons à rendre compte aujourd'hui du travail que M. François Guérard vient de nous donner sur l'hôpital Lariboisière (1). Cette

(1) Thèse de Paris, 1888. In-4o. — Georges Steinheil, éditeur.

offrent au parasite des voies toutes tracées, des cavités toutes faites, des milieux de culture tout préparés ». C'est ainsi que de gros parasites, teignes, gales, etc., s'introduisent dans le tégument externe.

Les observations de M. Verneuil (1), où M. Nepven trouva les culs-de-sac glandulaires du sein *remplis de microbes* « ayant absolument la forme de ceux décrits par Koch », celles que Verchère rapporte dans sa thèse, celle de M. Mathieu, citée dans la thèse de Harot, ne laissent aucun doute sur le mode de pénétration du bacille tuberculeux, et sur son développement rapide dans les culs-de-sac glandulaires.

Mais, souvent, la lésion cutanée serait bien insignifiante, si le malade lui-même, ou ceux qui le soignent, ne venaient, pour ainsi dire, semer le germe sur un terrain où il ne demande qu'à fructifier. « Par un microtrauma, le sérum sanguin vient baigner ces spores, ces bactéries; grâce à lui, elles peuvent pénétrer dans la petite plaie qui a été faite, arriver ainsi jusqu'aux lymphatiques superficiels, où elles sont reçues, etc. »

L'épiderme, d'ailleurs, lorsqu'il est intact, est une barrière qui n'est pas illusoire; le derme lui-même ne se laisse pas facilement traverser. M. Chauveau avait déjà signalé que la voie sous-épidermique n'était pas favorable au développement des bacilles tuberculeux; il y est revenu encore au dernier Congrès de la tuberculose.

Ce point a son importance, nous y reviendrons à propos de la vaccine.

C'est donc le tissu cellulaire sous-cutané qui est le lieu d'élection pour la culture inoculée. On voit que de ce côté, en somme, l'organisme humain est mieux protégé, et que, pour que l'inoculation se produise avec succès, il faut un concours de circonstances auxquelles, la plupart du temps, on ne se trouve pas exposé, hormis cependant dans certaines professions.

Bien que, dans l'histoire de la tuberculose, ce soit par inoculation que Villemin ait démontré la contagiosité de celle-ci, cependant la transmission par la voie cutanée chez l'homme est une conquête toute récente, et elle ne fut pas acceptée sans conteste dès les premiers temps. Et cependant, les expériences sur les animaux, s'il est admis qu'on puisse raisonner par analogie, et à l'heure actuelle personne ne pourrait le nier, ces expériences sont bien convaincantes. Les expériences de Villemin ont été répétées des mille et mille fois et, de ce côté du moins, il n'est pas d'objections possibles, surtout depuis que H. Martin en a séparé ce qu'il a appelé la pseudo-tuberculose, lésion banale qu'on opposait à la spécificité de la tuberculose inoculée.

Néanmoins, si cette transmission est prouvée et acceptée chez les animaux, elle l'est moins pour l'homme, chez lequel, on le conçoit, on ne saurait se livrer sans crime à une semblable expérimentation. *Demet, Paraskova, Zabloms* (1), en 1874, inoculèrent des crachats de phthisique à un moribond atteint de gangrène du gros orteil gauche, à la suite d'une oblitération de l'artère fémorale, et trois semaines après, trouvèrent quelques tubercules dans le poumon et dans le foie.

Lepelletier et *Goodlad*, *Lespiau*, cités par Schmtit (2), s'inoculèrent sans résultats, les premiers de la sérosité de vésicatoire provenant d'un phthisique, le second de la matière tuberculeuse même.

Ce sont là les seuls documents.

Mais on les a tentées sur le singe; *MM. Krishaber* et *Dieulafoy* ont démontré cette inoculation de l'homme au singe, et leurs expériences sont sans réplique.

Et cependant, comme le fait remarquer Verchère, la crainte de l'inoculation tuberculeuse par piqûre anatomique aurait précédé de longtemps l'idée scientifiquement démontrée de sa spécificité. Morlon, Vasalva, Morgagni, redoutèrent les autopsies de phthisiques.

C'est M. Verneuil (3) qui rappelle l'attention sur ce point en 1884, à l'Académie de médecine. Un étudiant en médecine, en 1877, se pique en faisant une autopsie de phthisique, il s'ensuit un tubercule anatomique. En 1880, il y a la place une ulcération fongueuse à bords bleuâtres; à la face dorsale de la main, il existe un abcès semblable aux écrouelles cutanées.

M. Verneuil ampute et ouvre l'abcès, qui offre tous les caractères des abcès froids. Peu de temps après la cicatri-

(1) Thèse de Verchère.

(1) Hanot. Art. *Tuberculose*.

(2) Schmitt. Thèse d'agrégation.

(3) Académie de médecine, janvier 1884, et SEM. MÉD., 1883.

---

histoire n'est pas bien longue, puisque l'inauguration de cet établissement ne remonte guère qu'à l'année 1854. Et cependant voici une thèse de 140 pages. C'est qu'une grande partie du travail est consacrée à l'exposé des tergiversations gouvernementales qui ont retardé l'installation des malades dans cet hôpital. En vain, ressentait-on l'utilité ou mieux la nécessité d'un nouvel établissement hospitalier sur la rive droite, si mal et si peu desservie comparativement à la rive gauche. Les difficultés se multipliaient. Enfin, l'enclos Saint-Lazare fut définitivement choisi; mais, dès que l'hôpital fut construit et eut commencé à rendre des services, des critiques se firent jour. Chaque lit revenait très cher, et, en dépit des larges proportions de l'établissement, la mortalité y était considérable. Les hygiénistes prenaient la parole, dès que les chirurgiens, Malgaigne en tête, cessaient de maugréer.

Aujourd'hui encore, bien des desiderata existent, qui ne sauraient tarder à être satisfaits. On en trouvera l'exposé intéressant et instructif dans la thèse si consciencieuse de M. Guérard.

Il semble que l'histoire d'un établissement qui n'a que 34 ans d'existence doive être facile à écrire. Pas assez cependant pour que la critique ne trouve rien à relever. Et d'abord, à la page 85, sont inscrits les noms des médecins et des chirurgiens qui ont été attachés à l'hôpital Lariboisière. Nous eussions désiré que les chirurgiens fussent mentionnés comme tels dans ce tableau. Ensuite que le nom de M. Duplay père, qui était médecin, eut été accompagné de son prénom, d'autant que son fils, le chirurgien Simon Duplay, est resté dix ans à cet hôpital. Et celui-ci, on l'appelle J. Duplay.

Il y a dans le corps médico-chirurgical des hôpitaux deux Labbé. Pourquoi, puisqu'on ne nous dit pas, à côté des noms inscrits, s'il s'agit de chirurgiens ou de médecins, n'avoir pas mis le prénom de Léon à côté du nom de Labbé?

A la page 116, M. Guérard donne sous forme de tableau comparatif, en face des dénominations anciennes qui étaient empruntées au calendrier, les dénominations nouvelles qui ont pris pour patron parmi les médecins ou chirurgiens, eux aussi bienfaiteurs de l'humanité (1).

(1) Il y a cependant quatre exceptions : une pour Mme Lachapelle, sage-femme : une pour Perreau, ancien administrateur de l'Hôtel-Dieu ; une troisième pour la salle Langle, destinée à per-

sation, qui fut longue, deux abcès froids apparaissent dans la région lombaire, qui deviennent fistuleux. En 1883, à la suite d'une contusion du moignon, la cicatrice du doigt s'ouvre ; il y a élimination d'une phalange avec tous les caractères d'un séquestre tuberculeux.

L'observation de Verchère (1) est aussi démonstrative ; il y ent piqûre, à l'autopsie d'un phthisique, tubercule anatomique et lésions pulmonaires rapides.

En 1883, *Tscherning* (2) rapporte le cas suivant :

Un sujet se fait, à la face palmaire de la main, une blessure avec un fragment de verre provenant d'un verre où crachait un phthisique. Un phlegmon se déclare, puis une adénite à marche lente du coude et de l'aisselle. Il extirpe les ganglions et la gaine des fléchisseurs, et râcle la masse de granulations cutanées. A l'examen microscopique, ces granulations contiennent des cellules géantes et des bacilles. Il n'y a rien dans la poitrine.

Le même auteur (3), en 1888, rapporte un cas semblable :

Un vétérinaire se blessa à l'autopsie d'une vache tuberculeuse. Des accidents inflammatoire sous-adénites se déclarèrent et dans les produits de l'inflammation il put retrouver le bacille de Koch.

M. Merklen (4), en 1885, lut une longue observation à la Société des hôpitaux :

Une femme soignait son mari qui toussait ; elle lavait le crachoir de ce dernier. Elle a aux mains des écorchures. A ce niveau, il se développe un tubercule anatomique, d'où partent bientôt des lymphatiques engorgés. On peut constater bientôt une lymphangite nodulaire remontant vers le tronc. Au niveau du coude, une de ces nodosités est ramollie, et les matières qu'elle renferme contiennent des bacilles. Il y a en plus une tuberculose pulmonaire commençante.

(A suivre). 498

(1) Thèse citée.
(2) Fortschrift. der Medicin, 1883.
(3) Congrès de la tuberculose. In Semaine méd., 1888.
(4) Gaz. hebdomadaire, 1885.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Suite. — Voir le numéro précédent.

V. De l'asphyxie locale des extrémités envisagée comme symptôme. — VI. Du clou de Biskra. — VII. L'herpès oculaire. — VIII. Des dermatoses simulées. — IX. Hydroa bulleux à récidive.

V. M. Frédéric Bourrely s'appuyant sur deux observations personnelles et sur sept autres observations d'emprunt, a cherché à montrer (1) que l'asphyxie locale des extrémités n'est pas une maladie univoque et reconnaît plusieurs origines de fréquence inégale. Sans doute, elle est quelquefois idiopathique, réserve faite de ses rapport avec la sclérodermie. Mais une de ses causes les plus fréquentes est certainement l'impaludisme.

Viennent ensuite l'athérome artériel, les lésions du cœur, les néphrites, le diabète, le rhumatisme, et peut-être le saturnisme. Me serait-il permis d'indiquer à M. Bourrely une de mes observations personnelles (publiée ici même, Gazette médicale, 1883, p. 571), qui viendrait à l'appui de son opinion sur l'importance de l'impaludisme comme cause de gangrène spontanée ?

Ce fait était en même temps compliqué de glycosurie, et je puis aujourd'hui ajouter que la jeune fille qui fut le sujet de l'observation est morte à Bourges, au mois de mai 1887, à l'âge de vingt-trois ans, cinq ans après son asphysie locale, d'une pneumonie franche.

VI. Ayant eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Vidal, à l'hôpital Saint-Louis, le clou de Biskra, chez deux militaires revenant de l'Algérie, M. Bouquet a cherché à faire de sa thèse inaugurale (2) un travail d'ensemble sur cette affection endémique, qu'il considère comme contagieuse et de nature parasitaire.

Le parasite qui la produit serait le micrococcus décrit par MM. Duclaux et Heidenreich. Contenu dans le sang de la circulation générale, il se trouve aussi dans la lymphe et dans

(1) Thèse de Paris, 1887.
(2) Paris, 1887.

Eh ! bien, à côté des noms nouveaux qui désignent les salles, on a mis la date de la naissance et celle de la mort du titulaire, sauf pour deux. A propos de la salle Langle, je comprends et j'approuve l'abstention, il s'agissait d'une femme, et pour tout homme galant, fût-il administrateur, les femmes n'ont pas d'âge. Mais quant à Voillemier, puisqu'il y a une salle Voillemier, on nous dit bien qu'il est né en 1809 ; et l'on pourrait croire qu'il est encore vivant, car la date de sa mort est laissée en blanc. Hélas ! ce chirurgien distingué est mort et bien mort à Paris, le 16 février 1878. Tous les journaux vous l'auraient bien dit, M. Guérard, si vous les aviez consultés. Somme toute, ces critiques ne portant que sur des tableaux, il sera facile, dans une réimpression, de faire les rectifications nécessaires.

Qui donc a dit que les peuples heureux sont ceux qui n'ont pas d'histoire ? Je ne m'en souviens plus ; mais qu'importe !

L'hôpital Lariboisière, ce *Versailles de la misère*, comme l'appelait si pittoresquement Malgaigne, ne saurait ambitionner d'être comparé aux peuples heureux. Il a une histoire, on le voit, et assez longue, eu égard à sa jeunesse relative. Et cependant j'ai lu ce travail avec intérêt. Oui, j'ai lu, même jusqu'aux tableaux des dépenses, à telles enseignes que je me permettrai de faire remarquer à M. Guérard que son imprimeur a dû le trahir en mettant comme chiffre des dépenses du personnel des bureaux pour l'année 1854 la somme de 33,120 fr. 66 c., tandis que 1855 n'en a que 13,000 et que 1886, malgré la progression régulièrement croissante des appointements et de la cherté des vivres, n'arrive qu'à un total de 19,683 fr. Si ce n'est pas l'imprimeur qui s'est trompé, je suppose que M. Guérard nous aurait donné la raison de cette exagération dans les dépenses des bureaux. Ces tableaux intéresseront les statisticiens et les économistes. En outre, trois belles planches en phototypie nous montrent l'hôpital sous divers aspects, et enfin un plan nous donne le détail de l'aménagement de cet établissement.

M. François Guérard a donc fait là une œuvre utile. Et je lui en sais un tel gré que je le prie de ne considérer mes petites critiques de détail que comme une preuve du désir que j'avais de louer une œuvre parfaite. Mais la perfection ne s'atteint pas du premier

pétuer la mémoire d'un bienfaiteur de l'hôpital, Mme de Lencquesaing, née Langle. Et enfin une quatrième salle s'appelle salle Saint-Vincent-de-Paul.

la croûte du clou de Biskra, et toute lésion cutanée peut amener l'introduction du parasite dans l'organisme, quelle que soit cette lésion. Il y aurait une période d'incubation, qui dure environ quinze jours dans les cas spontanés et trois jours dans les cas d'inoculation.

Pour M. Bouquet, les éléments qui appartiennent spécialement au bouton de Biskra sont le tubercule, l'ulcération végétante et ulcéreuse proprement dite et des cicatrices spéciales. De plus, une première atteinte ne met pas à l'abri d'une rechute.

Quant aux complications, elles ne diffèrent pas de celles que l'on rencontre dans une plaie cutanée ordinaire.

VII. Pour M. Durruty (1), l'herpès oculaire est le résultat d'une anesthésie des filets trophiques du trijumeau, soit totale et résidant dans le ganglion de Gasser (comme dans certains cas de zona ophthalmique), soit partielle et siégeant sur un ou plusieurs rameaux périphériques de la cinquième paire, nerfs ciliaires, filets nasal, frontal et lacrymal de la branche ophthalmique de Willis.

L'herpès oculaire fébrile, et dans cette variété la kératite, sont les manifestations les plus fréquentes de l'affection.

L'ulcère rongeant de la cornée n'est qu'une évolution ultérieure d'un herpès fébrile cornéen et une forme de la même ulcération aggravée par l'infection microbienne. Le sulfate de quinine, une antisepsie rigoureuse, les cautérisations de la cornée, soit avec la solution de nitrate d'argent, soit avec un thermo-cautère, arrêteraient rapidement les progrès de la maladie en rétablissant les fonctions de la cornée.

VIII. — Les maladies simulées de la peau s'observent dans la médecine civile, comme dans la médecine d'armée, chez des gens que la paresse ou tout autre motif poussent à rechercher leur admission dans les hôpitaux et à y prolonger leur séjour. Mais cette simulation est surtout fréquente chez les hystériques, qui n'ont d'autre but que d'attirer l'attention et de tromper les médecins et les personnes qui les entourent.

D'après M. Joseph Cisterne (2), les lésions provoquées de la peau sont souvent reconnaissables, parce qu'elles ne répondent à aucune éruption constitutionnelle définie et ont des caractères particuliers de configuration, d'évolution, de siège, etc., qui peuvent servir à faire soupçonner leur origine. Cependant, le médecin qui croit reconnaître une éruption simulée est souvent arrêté par la difficulté qu'il éprouve à obtenir l'aveu de la fraude on à en retrouver l'agent. Il devra se rappeler que les moyens le plus fréquemment mis en usage sont les applications d'acides caustiques et de substances vésicantes.

IX. Un apprenti cordonnier, âgé de quinze ans, s'était lavé les mains et la figure avec de l'eau qui avait séjourné pendant la nuit dans un vase hors de sa chambre ; dès le lendemain, il vit apparaître sur ces régions une éruption consistant en de petites vésicules transparentes, qui commencèrent aux commissures labiales, et s'étendant sur le menton et le reste du visage, devinrent presque confluentes, s'accompagnèrent d'une vive démangeaison et gagnèrent le front et les oreilles.

Ensuite, une éruption semblable parut aux extrémités supérieures, en commençant par la peau des espaces interdigitaux, et s'étendit rapidement sur les régions dorsales des mains. Puis, le prurit ayant disparu, il sentit une cuisson tant au visage qu'aux mains.

Au bout de trois semaines, l'état du malade est le suivant :

Tuméfaction œdémateuse des paupières, qui couvre le globe oculaire ; cette tuméfaction, occupant toute la figure, donne au malade l'aspect d'un varioleux.

L'éruption, qui couvre presque en totalité le visage, et qui s'étend aux oreilles, consiste en des vésicules pleines d'un liquide séro-purulent et des bulles grosses comme un pois, les unes isolées, d'autres résultant de la réunion des vésicules entre elles. Ces bulles contiennent un liquide, les unes (plus anciennes) séro-purulent et purulent même ; les autres (les plus jeunes) un liquide citrin, transparent. Au pavillon des oreilles, on observe des bulles de la grosseur d'une petite noisette, remplies d'un liquide transparent. La même éruption, vésicules et bulles, se remarque sur la face dorsale des mains. Tant au visage qu'aux mains, quelques vésicules se réunissent entre elles pour former des bulles longues, à direction oblique sur le tégument. Cette éruption est presque confluente, très peu de peau reste saine sur ces régions, et l'on remarque aussi des croûtes jaunâtres, les unes plus grandes,

(1) Thèse de Paris, 1887.
(2) Thèse de Paris, 1887.

coup, surtout pour les ouvrages d'érudition, et dès la première édition d'un travail qui présente tant de tableaux et tant de chiffres.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

CONCOURS. — Un concours s'ouvrira le lundi 10 décembre 1888, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, pour la nomination à huit places vacantes d'interne titulaire en médecine, dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le jeudi 8 novembre jusqu'au samedi 24 novembre inclusivement.

— Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a pris l'arrêté suivant en date du 6 octobre :

Sont et demeurent rapportés les arrêtés en date du 17 septembre 1888, fixant au 25 octobre suivant l'ouverture des concours pour l'obtention de bourses de pharmacie.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le docteur Lesguillons est adjoint à la mission dont MM. les docteurs Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, et Schwartz, chirurgien des hôpitaux, ont été chargés à l'effet d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux et les progrès de la thérapeutique en Allemagne, en Autriche et en Russie.

— STATISTIQUE DE LA CRÉMATION. — La *Flamme*, organe de la Société de crémation de Berlin, fournit les renseignements suivants sur le nombre total des crémations qui eurent lieu dans les différents pays jusqu'au 1er août 1888 : Italie, 998 crémations; Gotha, 554; Amérique, 287; Suède, 39; Angleterre, 16; France, 7; Danemark, 1. Nombre des membres des Sociétés de crémation : En Suède, 3,012; en Danemark (Copenhague), 1,326; en Hollande, 1,118; en Allemagne, 612; en Italie, 580; à Hambourg, 438; en Suisse (Zurich), 390.

les antres plus petites, à la figure et aux mains, et, à ces dernières régions, on observe entre les doigts des portions d'épiderme enlevées par le grattage et des surfaces saignantes dans trois endroits de la région.

L'éruption bulleuse et les vésicules des maine ne s'étendant nullement du côté de la paume de la main, se prolonge en haut jusqu'à l'articulation radio-carpienne et en bas jusqu'au bout des doigts. De même, pour l'éruption occupant le visage, elle ne s'étend pas au delà des oreilles, et, sur la région cervicale antérieure et postérieure, on ne trouve que quelques petites pustules, mais pas de vésicules, pas de bulles ni de croûtes, et ces mêmes pustules sont survenues à la suite de prurit et du grattage de la part du malade.

L'examen microscopique du liquide provenant d'une bulle a fait voir quelques globules rouges de sang peu colorés, un grand nombre de leucocytes et de cellules épidermiques avec des noyaux très prononcée.

M. Petrini (1), professeur à la Faculté de médecine de Bukharest, purge le malade le 8 mars et fait appliquer sur les surfaces malades de la poudre d'amidon avec de l'oxyde de zinc. Le malade n'a pas de fièvre, mais il dit l'avoir eue au commencement de sa maladie.

Au bout de cinq jours, l'amélioration est considérable, l'œdeme a presque disparu, le malade peut ouvrir les yeux; les bulles sont en partie effacées; quelques-unes d'entre elles présentent à leur centre un point blanc; la plupart sont sèches, et l'on observe des croûtes jaunâtres nombreuses au visage et aux mains; ces croûtes sont minces, peu adhérentes et faciles à enlever. Cependant, sur les pavillons des oreilles, on voit encore des surfaces humides qu'on rencontre aussi à la région dorsale des doigts.

Le 14 mars, on applique sur les croûtes de la vaseline avec de l'oxyde de zinc, les mains sont enveloppées avec de la ouate.

Le 21 mars, le malade est complétement guéri.

Depuis quatre jours, à la place de l'éruption, il reste une coloration plus foncée de l'épiderme nouvellement formé; mais il n'y a plus trace d'œdéme, ni au visage, ni aux maine.

Après quelques jours, le traitement se continue, le malade est complétement guéri de cette affection, que le professeur Petrini rapporte à l'hydroa bulleux de Bazin.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Thérapeutique de la tuberculose.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. Sur le traitement de la phtisie pulmonaire chronique bacillaire, par le docteur Worms. Communication à la Société des médecins praticiens de Riga (*Saint-Petersburger medic. Wochenschrift*, 1888, n° 25, p. 219). — IV. Traitement de la phtisie par le calomel, par le professeur A. Dochmann, de Kazan (*Therapeutische Monatshefte*, septembre 1888, p. 415). — V. Sur le traitement de la tuberculose par le calomel, par le docteur G. Martell. Communication préalable (*Prager medic. Wochenschrift*, 1888, n° 25). — VI. Note sur un cas de phtisie traitée par l'aniline, par le docteur Albitski (*The Lancet*, 24 mars 1888). — VII. Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote, par le docteur Driwea (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, n° 35, p. 713).—VIII. Sur l'emploi de la créosote sous forme d'eau minérale, dans le traitement de la tuberculose, par le docteur Rosenthal (Ibidem, nos 32 et 33, p. 640 et 667). — IX. Sur le mode d'administration de la créosote, par le docteur Keferstein (*Therapeutische Monatshefte*, septembre 1888, p. 419). — X. Inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par le docteur Gager (*Pester med. Chirurg.-Presse*, 1888, n° 32).

III. Avec M. Worms, nous reprenons la lutte contre le bacille. Le but que d'antres ont la prétention d'atteindre avec l'air surchauffé, M. Worms espère l'atteindre avec l'air très froid, glacé. Il est admis que le bacille de la tuberculose compte parmi les moins résistants des micro-organismes pathogènes. S'il se développe avec tant de facilité dans les poumons de l'homme, c'est qu'il y trouve des conditions de température exceptionnellement favorables à sa végétation. Le bacille de Koch ne peut vivre et se reproduire que dans un milieu dont la température est comprise entre 30° et 42°; pour lui, la température qui règne dans la profondeur du poumon (37°,5), réalise en quelque sorte un *optimum*. Abaisser cette température, par des inhalations d'air froid, sera évidemment un moyen efficace d'entraver la végétation du bacille de la tuberculose.

Ajoutons que la mise en pratique des idées de M. Worms n'exige aucune instrumentation spéciale. La communication de l'auteur n'est, en somme, qu'un plaidoyer en faveur des cures d'air froid, telles qu'on les met en œuvre dans les sanatoriums de l'Allemagne du Nord, destinés aux tuberculeux. Seulement, l'auteur estime qu'en fait de basses températures, la Russie n'a rien à envier aux autres pays, que partant les tuberculeux russes auront tout avantage à se soigner eur place, suivant les principes qui président à l'installation de ces sanatoriums. M. Worms a donné des indications détaillées sur la manière de s'y prendre pour faire profiter les tuberculeux, au sein de leurs familles, des avantages de ces cures d'air froid. Enfin, il a relaté une observation qui montre quels bons résultats on peut retirer de ces cures.

IV. M. Dochmann, un autre médecin russe, prétend guérir la tuberculose au moyen du calomel. Il n'ose pas certifier que le mercure exerce une action délétère spécifique sur le bacille de Koch. Quoi qu'il en soit, l'action antiphlogistique des préparations mercurielles lui paraît suffisante pour expliquer l'efficacité du calomel contre la tuberculose attaquée à ses débuts. Resterait à fournir des preuves empiriques de cette action curative, et les deux observations, très insuffisantes, relatées à ce titre par l'auteur, ne sauraient passer pour telles.

M. Dochmann administre le calomel (0 gr. 72) associé à la pepsine (3.75) et à la teinture d'opium (30 gouttes) avec addition d'extrait de phellandre aquatique; ce mélange sert à la préparation de 60 pilules. Dose: de 6 à 2 pilules par jour (doses décroissantes). Tous les cinq ou dix jours, le traitement est interrompu pendant deux ou trois jours; durant ces inter-

(1) Annales de dermatologie et de syphiligraphie, fév. 1888, p. 91 et suivantes.

ruptions, l'auteur conseille de prescrire de l'iodure de potassium. On ne médicamente pas autrement contre la syphilis.

V. M. Martell (de Breslau) est partisan tout aussi convaincu de l'efficacité du calomel contre la tuberculose, pulmonaire ou autre; mais, pour lui, cette efficacité est indiscutablement en rapport avec l'action antiseptique, parasiticide, du protochlorure de mercure. Dans les cas de lésions tuberculeuses superficielles, il faut employer le calomel en applications topiques, pour saupoudrer les ulcérations; sous forme de *spray* quand on veut combattre la tuberculose pulmonaire; sous forme de poudre administrée *intus*, pour obtenir la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, sous forme d'un savon médicinal dont l'auteur indique le mode de préparation, contre les engorgements ganglionnaires. Dans sa communication préalable, M. Martell dit qu'il expérimente le traitement de la tuberculose par le calomel depuis tantôt trois ans, et il annonce des résultats tout à fait remarquables.

VI. Voici un autre spécifique contre la tuberculose, ou prétendu tel, en Russie du moins, c'est l'aniline. Le médicament a été introduit dans la thérapeutique de la tuberculose par le professeur Kremiansky. L'idée directrice était très ingénieuse: L'aniline tue les *bacilli tuberculosi*; quand elle est pure, non adultérée par de l'arsenic, cette substance n'est pas toxique pour notre organisme. On a donc le moyen de saturer nos tissus et nos humeurs avec l'antidote du redoutable bacille; que si des symptômes d'intoxication venaient à se manifester, il suffirait, pour les dissiper, de faire inhaler au malade, des vapeurs d'essence d'eucalyptus.

Ce sont là, en substance, les considérations théoriques que le professeur Kremiansky a fait valoir en faveur du traitement de la tuberculose par l'aniline, au deuxième Congrès des médecins russes, qui s'est tenu à Moscou en janvier de l'année dernière (1887). Suivait la relation d'un certain nombre de faits cliniques, cités comme preuve de l'efficacité du traitement en question.

Depuis, des jugements très contradictoires ont été prononcés sur la valeur de ce traitement. Ainsi, M. Nesserew (*Saint-Petersburger medic. Wochenschrift*, 1887, n° 9), a publié l'observation d'un tuberculeux que le traitement par l'aniline n'a pas empêché de succomber à son mal. M. Dimitriew (*Ibidem*, n° 11, 1887) a publié des résultats à peu près négatifs, tandis qu'un médecin italien, M. Bertolero (*Congrès de Pavie*, septembre 1887) s'est exprimé en termes élogieux sur le compte de cette médication.

Quant à M. Albitski, il s'annonce comme un partisan enthousiaste du traitement de la tuberculose par l'aniline, qui lui a donné un grand nombre de guérisons, entre autres celle de sa femme, dont l'observation est relatée en détails par l'auteur.

VII. Dans le courant des deux dernières années, le traitement de la phtisie pulmonaire par la créosote a retrouvé, en Allemagne, une partie de la vogue qu'elle était en train de perdre chez nous. Des médecins des hôpitaux de Berlin, M. Fraentzel notamment, avaient annoncé, sur le compte de ce traitement, des choses non moins merveilleuses que celles qu'on nous avait dites en France. Mais déjà l'enthousiasme tire à sa fin.

Une discussion qui s'est produite sur ce sujet, à la Société de médecine interne de Berlin, avait révélé les premiers désenchantements, et aujourd'hui on en est venu, en Allemagne comme en France, à une appréciation plus exacte de la véritable valeur de la médication créosotée, appliquée au traitement de la phtisie pulmonaire; le travail de M. Driver en est une preuve.

M. Driver a traité par la créosote un grand nombre de tuberculeux, et l'expérience méthodique qu'il a faite de ce traitement a embrassé une première période de trois années (1883-1885). Le médicament a été administré sous forme de mixture alcoolique; la dose quotidienne n'a jamais dépassé 0g,75.

Après deux années d'interruption, l'expérience a été reprise, et cette fois la créosote a été administrée, en partie du moins, en suspension dans du baume de tolu, enrobé dans des capsules de gélatine. Les résultats annoncés par M. Driver peuvent se résumer dans ces quelques lignes :

An prix de certaines précautions, la créosote, surtout quand elle est administrée sous forme de mixture, est le plus souvent très bien tolérée. La médication exerce une influence salutaire sur l'appétit et les fonctions digestives des malades, principalement quand l'estomac et l'intestin sont le théâtre de fermentations anormales; mais elle n'a aucune action sur la diarrhée tuberculeuse. Elle n'en a pas d'avantage sur la fièvre tuberculeuse, ni sur la lésion pulmonaire. Elle n'influence la maladie que par voie indirecte, en améliorant les fonctions digestives et la nutrition.

Il est cependant des cas qui semblent être du ressort de la médication créosotée; ce sont ceux où la tuberculose se développe sur un terrain préparé par la forme de scrofule qu'on qualifie de torpide. Quand les malades sont jeunes et qu'on les entreprend au début de leur lésion pulmonaire, le traitement par la créosote procure une amélioration tout à fait remarquable. M. Driver prévoit que tôt ou tard le traitement de la phtisie par la créosote sera réservé à cette catégorie de tuberculeux.

VIII. Les publications de M. Rosenthal et de M. Kefferstein ont trait au mode d'administration de la créosote chez les tuberculeux.

M. Guttmann ayant étudié l'action de la créosote sur des cultures du bacille de Kock, était arrivé à cette conclusion, qu'on entraverait la végétation de ce bacille dans l'organisme humain, si on pouvait maintenir dans le sang, pendant une période de temps suffisamment longue, une proportion de créosote égale à 1/4000. Les expériences faites par M. Rosenthal, sur des lapins, l'ont amené à conclure à la possibilité de faire tolérer la créosote à cette dose. Mais la question de thérapeutique qui est en jeu concerne exclusivement l'homme et nullement le lapin. M. Rosenthal s'est donc préoccupé de trouver un moyen d'accroître la tolérance des tuberculeux pour la créosote; il croit l'avoir trouvé dans l'emploi des eaux minérales gazeuses, naturelles ou artificielles, utilisées comme dissolvant de la créosote (solution au 1/100 et au 2/100), avec ou sans addition de cognac. Il prétend avoir obtenu des résultats on ne peut plus satisfaisants. Dose initiale quotidienne : 1/16 de litre de la solution faible.

Cette dose est portée progressivement jusqu'à faire prendre au malade 80 centigr. de créosote dans la journée.

IX. M. Keferstein se borne à critiquer les formules usitées

jusqu'ici pour l'administration de la créosote, et à en proposer d'autres, qu'il donne comme préférables. Voici, à titre d'échantillon, la formule qui, suivant l'auteur, répond au meilleur mode d'administration de la créosote :

Crosote	1g,3
Esprit de vin rectifié	25g,0
Eau de cannelle	100g,0
Sirop de cannelle	25g,0

M. — On commencera par faire prendre au malade trois cuillerées à bouche de cette mixture, dans la journée; toutes les semaines, on augmentera la dose quotidienne d'une cuillerée.

X. M. Gager a traité 17 tuberculeux par les inhalations d'acide fluorhydrique. Chez tous ces malades, constatation avait été faite de la présence des bacilles spécifiques dans les crachats et de l'absence de tout signe de complication du côté des reins et des voies urinaires. Voici en substance les résultats annoncés par l'auteur :

Chez 5 malades les bacilles ont disparu des crachats, ce qui ne veut pas dire, ajoute l'auteur, qu'il y ait eu guérison.

Chez 17 malades on a pu constater, dans le cours du traitement, une amélioration dans l'état des signes physiques qui trahissaient l'existence de la tuberculose pulmonaire.

Chez 12 malades, il y a eu augmentation du poids corporel, mais qui n'a pas toujours marché parallèlement à l'amélioration des signes physiques. Dans un cas où pareille amélioration coïncidait avec la disparition des bacilles dans les crachats, le poids corporel n'a pas augmenté. Inversement, il s'est accru de 1k,5 chez un malade qui n'a présenté aucun autre signe d'amélioration.

Des trois tuberculeux fébricitants, qui ont été soumis aux inhalations d'acide fluorhydrique, un seul a été débarrassé de sa fièvre, en même temps que les bacilles ont disparu des crachats; chez un autre, la fièvre a perdu de son intensité, et chez un troisième, elle n'a pas été modifiée.

Un malade a été débarrassé de ses sueurs nocturnes.

Dans 7 cas, la capacité vitale des poumons s'est accrue de 100 à 600 c. c.

Dans 2 cas, compliqués de tuberculose du larynx, le traitement par les inhalations d'acide fluorhydrique a produit de mauvais résultats (phénomènes d'irritation).

Il semble, fait remarquer l'auteur, que ce fait parle contre l'efficacité spécifique de ces inhalations, qui, si elle existait réellement, devrait se manifester en première ligne contre les lésions ulcéreuses les plus accessibles à l'agent parasiticide.

Chez 5 tuberculeux, dont un avec complication de tuberculose laryngée, le traitement n'a produit aucun effet salutaire.

Un autre est mort; sa situation, il est vrai, avait été jugée désespérée.

Les inhalations d'acide fluorhydrique n'ont jamais causé d'effets fâcheux.

Bref, en Allemagne comme en France, les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique laissent beaucoup à désirer.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution a l'étude du traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio, par le docteur E. Sibilat. — Thèse de Paris, 1888.

Le traitement de la syphilis par des injections sous-cutanées n'est pas nouveau; mais l'idée de faire pénétrer dans le tissu cellulaire des sels insolubles de mercure ne remonte pas, au point de vue pratique du moins, plus loin que 1882. Smirnoff les a employé le premier. M. Balzer a expérimenté cette méthode pendant plusieurs années à Lourcine, et c'est sa pratique que M. Sibilat expose dans sa thèse.

Voici la formule à laquelle a recours M. Balzer :

Oxyde jaune de mercure lavé et porphyrisé	1 gr. 10 centigr.
Huile de vaseline	10 cent. cubes.

Ce mélange est conservé à l'abri de la lumière, et au moment de s'en servir on en verse une petite quantité dans une capsule de porcelaine lavée à l'eau bouillante. Une seringue de Pravaz ordinaire, montée en caoutchouc, à canule longue de 3 cent. et un peu large, est remplie de ce liquide. On enfonce la canule isolément, avant de la fixer à la seringue, de façon à s'assurer qu'on n'a pas piqué un vaisseau. Le lieu d'élection de la piqûre est la fesse, à trois travers de doigt en arrière et au-dessus du grand trochanter. Puis l'injection est poussée très lentement. On injecte ainsi de 5 à 7 centigrammes d'oxyde jaune; l'intervalle qui sépare chaque injection est de dix à douze jours.

Les principaux avantages de cette méthode sont la rapidité et l'énergie, qui la placent à côté du traitement au moyen des frictions. La douleur produite par l'injection est modérée; la nécrose partielle, inévitable, est de peu d'importance si on ne dépasse pas 5 à 7 centigrammes. Les abcès ne se sont plus montrés depuis qu'on emploie des précautions antiseptiques rigoureuses.

La méthode est contre-indiquée chez les albuminuriques et les cachectiques, de même que dans les cas de gingivite et de carie dentaire, chez les scrofuleux et les personnes obèses.

On lira avec fruit cet important travail de M. Sibilat, qui donne sur les origines de la méthode, le manuel opératoire, l'action physiologique et thérapeutique, des renseignements intéressants. On y trouvera surtout un relevé de près de 200 observations, prises avec le plus grand soin dans le service de M. Balzer, et qui permettent de juger et d'apprécier la méthode.

Dr E. Desnos.

Contribution a l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né, par le docteur Navrikos.

Voici les conclusions de l'auteur :

L'érysipèle est fréquent chez le nouveau-né; il offre des particularités intéressantes qui le différencient de l'érysipèle de l'enfant et de l'adulte; il est grave, puisqu'il entraîne presque fatalement la mort. Sa pathogénie paraît se rapporter à la pathogénie de l'érysipèle chez l'adulte.

Contribution a l'étude médicale de la respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale, par le docteur Fourrier.

D'après le docteur Fourrier, le médecin qui se trouve en présence d'une femme enceinte, atteinte d'éclampsie, devra, tous

les traitements connus ayant échoné et la femme étant tombée en état de mort apparente, tenter la respiration artificielle qui, dans un certain nombre de cas, a ranimé la vie qui semblait éteinte. Si l'accouchement n'a pas eu lien, la respiration artificielle sera utile au fœtus, car elle pourra lui permettre d'attendre vivant son extraction.

De la version par manœuvres externes dans les présentations du siège engagé, par le docteur Coariez.

Le docteur Corriez pense que la version céphalique par manœuvres externes peut être appliquée à toutes les présentations dn siége, engagé on non, chez les primipares comme chez les multipares. Le chloroforme, en faisant cesser la résistance de la paroi abdominale et permettant l'introduction de la main dans le vagin, est un auxiliaire précieux pour le dégagement du siége.

Les observations de M. Loviot, celles propres à l'auteur, servent à appuyer cette doctrine.

A notre avis, quand il n'y a pas engagement, la version par manœuvres externe doit toujours être tentée; mais, lorsque le siège est engagé, plonge profondément dans l'excavation, l'opportunité de la version est moins précise. Des statistiques nouvelles et renfermant un nombre de cas suffisant pour entraîner la conviction, seraient nécessaires.

Du degré d'engagement de la tête du fœtus avant le début du travail, par le docteur Goueffon.

La tête du fœtus recouverte du segment inférieur de l'utérus plonge dans l'excavation pelvienne à partir du huitième mois. Le plus souvent, l'extrémité céphalique fléchie descend audessous des épines sciatiques et se creuse *un nid* dans le périnée avant le début du travail. Chez la petite multipare, la tête franchit le détroit supérieur dans les dernières semaines de la gestation; l'engagement est moins prononcé. Chez la grande multipare, l'engagement est encore plus tardif; il peut ne se faire qu'au début du travail.

Dans les cas d'hydropisie de l'amnios, l'accommodation pelvienne n'a aucune tendance à se faire.

Le degré d'engagement peut varier d'un jour à l'autre. L'auteur n'admet pas pendant la grossesse la présentation de la face. Des travaux récents contredisent cette opinion. Etudiant les causes de l'engagement, l'auteur néglige de mentionner le remarquable travail du docteur Thévenot, qui le premier a rendu compte d'une façon nette et précise de ce phénomène. Cette lacune est regrettable et ferait supposer que l'auteur n'a pas étudié suffisamment la question qui fait l'objet de sa thèse.

De la phlébite variqueuse post-puerpérale, par le docteur Vilon.

La phlébite variqueuse post-puerpérale a été méconnue et souvent confondue avec la phlegmatia alba dolens. Elle peut apparaître soit dans les cas de varices volumineuses, soit dans es vésicules superficielles et légèrement variqueuses. Le pronostic est bénin. Elle reconnaît pour causes, soit des accidents puerpéraux, soit des effets mécaniques, la stagnation du sang amenant l'inflammation des canaux veineux.

M. Rey.

NOTES & INFORMATIONS

Congrès. — Le troisième Congrès des médecins russes se réunira à Saint-Pétersbourg en janvier 1889. Il sera accompagné d'une exposition concernant les diverses branches de la médecine.

— La pellagre en Italie. — La Commission d'étude de la pellagre a terminé son rapport. Elle constate une diminution progressive de la maladie. En 1882, les pellagreux étaient 13,673; en 1886, 8,734 et en 1887, 6,653, et cela malgré l'accroissement de la population. La Commission attribue ces résultats favorables à l'intervention de l'Etat dans les mesures d'hygiène publique.

a. f. n.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le docteur Gaston Decaisne, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, vient de succomber à l'âge de 36 ans, suivant de près dans la tombe son père, Emile Decaisne, un vrai philanthrope. Cette mort prématurée laissera de profonds regrets parmi tous ceux qui ont connu Gaston Decaisne, et nos lecteurs n'ont pas oublié que pendant plusieurs années il a donné à la Gazette médicale une collaboration justement remarquée. Aussi s'associeront-ils à nous pour rendre à la mémoire de notre jeune confrère un dernier hommage et offrir à sa famille l'expression d'une douloureuse sympathie.

* * *

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions, consignations et travaux pratiques.*

I. *Inscriptions.*

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 11 octobre. — Il sera clos le samedi 24 novembre à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi.

1o Inscriptions de 1re, de 2e et de 3e années de doctorat; de 1re et de 2e années d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, samedi 20, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27 octobre, et les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10 novembre.

2º Inscriptions de 4e année de doctorat, de 3e et 4e années d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 13 novembre 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.*

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 8 et le mardi 9 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'années ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.*

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen, sur leur demande écrite :

1o Les étudiants ayant seize inscriptions ;

2o Les docteurs français ;

3o Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. — *Cartes d'étudiant.*

Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1888-89, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Travaux pratiques d'histologie. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux (Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine), sera ouvert tous les jours, à partir du mardi 23 octobre 1888, de 1 heure à 3 heures de l'après-midi.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Médecine opératoire. — M. le docteur Broca, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 16 octobre 1888, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef de matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 22 octobre 1888.

MM. les étudiants pourvus de 12 inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours, jusqu'au samedi 24 novembre inclus, et de deux heures à trois heures de l'après-midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Exercices de dissection. — Les élèves de seconde année, avant d'être admis à disséquer, doivent subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire, dans le plus bref délai, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef de matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie, sons la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commenceront le lundi 15 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du jeudi 8 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie, dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour les étudiants de 2e et 3e années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1o Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique) ;

2o Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au Bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre beures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1o Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ;

2o La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Délais d'ajournement aux examens. — Les jurys d'examens et de thèse pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année, au 1er examen de doctorat et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Examens de fin d'année. — Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre ; s'ils subissent un échec en juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre ; s'ils sont refusés en octobre-novembre ou s'ils ne se sont pas présentés à cette dernière session, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

1er examen de doctorat. — Les candidats au 1er examen de doctorat doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre, à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le 1er examen en octobre-novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Epreuve pratique de médecine opératoire. — Il est imposé aux candidats refusés à l'épreuve pratique de médecine opératoire un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 30 SEPT. AU SAMEDI 6 OCTOBRE 1888.

Fièvre typhoïde 8. — Variole 2.— Rougeole 9.— Scarlatine 3. — Coqueluche 4. — Diphtérie, croup, 24 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 183.— Autres tuberculoses 16. — Tumeurs : Cancéreuses 44. — Autres 5. — Méningite 18. — Congestion et hémorr. cérébrales 39. — Paralysie 5.— Ramollissement cérébral 7.— Maladies organiques du cœur 51.— Bronchite aiguë 18. — Bronchite chronique 28. — Broncho-pneumonie 10.— Pneumonie 32. — Gastro-entérite : Sein 34. — Biberon 86. — Autres 11 — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 37. — Sénilité 16. — Suicides 16. — Autres morts violentes 9. — Autres causes de mort 118. — Causes inconnues 7. — Total de la semaine: 846 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par M. le docteur Hermann v. Zeissl, revu par Maximilian v. Zeissl (*privat docent*) à l'Université de Vienne. Traduit et annoté par le docteur Raugé. Un volume in-8o de 330 pages. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Conférences cliniques sur les maladies des femmes, par M. le docteur G. Bernntz. Un volume in-8o de 790 pages. — Prix : 15 francs. — Paris, librairie G. Masson, 120 boulevard Saint-Germain.

Traité pratique de bactériologie, par E. Nacé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-12 de 711 p., avec 173 figures. — Prix : 8 fr.—Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier par le docteur Baumel, professeur agrégé. Tome 2e : Pathologie des annexes. Un volume in-8o avec 3 planches lithographiées. — Prix : 8 francs. — Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8o : 17 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, professées à l'hôpital Necker par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, recueillies et publiées par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux. Un fort volume in-8o de 1,112 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants. — Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par les docteurs Miot et Baratoux. Deuxième fascicule : De l'hygiène de l'oreille.—Maladies de l'oreille externe. Un volume in-8o avec 32 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Prix des fascicules 1 et 2. Un volume in-8o, avec 161 figures intercalées dans le texte : 10 francs. — Le troisième et dernier fascicule paraîtra fin octobre. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par le docteur Victor Parant, directeur de la maison de santé de Toulouse. Un volume in-8o de 420 pages.—Prix : 7 fr. Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 42 20 OCTOBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PHYSIOLOGIE

I. LA DIGESTION STOMACALE, par A. HERZEN. Paris, J.-B. Baillière, 1886. — II. DE L'ÉTAT DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, par L. BARBILLION. Thèse de Paris, 1886. — III. NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE HUMAINE, t. 1er, par H. BEAUNIS. Troisième édition. Paris, J.-B. Baillière, 1888. — IV. LE CERVEAU ET L'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE, par A. HERZEN. Paris, J.-B. Baillière, 1887.

I. C'est en étudiant l'importante question de savoir dans quelles conditions l'estomac vivant sécrète un suc plus ou moins riche en pepsine, ou dépourvu de ce ferment, que Schiff, il y a déjà bien longtemps, a été amené à déterminer à cet égard le rôle des substances qu'il appelle d'un nom très heureux, *peptogènes*. Schiff avait remarqué que la digestion d'un repas très copieux épuise le pouvoir digestif de l'estomac et laisse cet organe incapable pendant plusieurs heures de fournir de nouveau un suc peptique. Il suffit, pour constater ce fait, d'introduire dans l'estomac d'un chien, porteur d'une fistule gastrique, et auquel on a donné à manger un abondant repas cinq à six heures auparavant, des cubes d'albumine; ces cubes restent intacts ou sont très peu attaqués, quoique le suc recueilli est généralement acide. Mais Schiff constata, d'autre part, que, si on ajoute à l'albumine certaines substances, telles que le bouillon, la dextrine, des peptones, le pouvoir digestif du suc gastrique augmente rapidement. L'action de ces substances se produit par l'intermédiaire du sang, sans que le contact avec la muqueuse stomacale soit nécessaire. C'est ainsi qu'on augmente considérablement l'activité du suc gastrique, en injectant une solution de peptone ou de dextrine, soit directement dans le sang, soit dans le rectum. De toutes ces expériences, Schiff conclut que ce sont les peptogènes qui fournissent au sang les matériaux avec lesquels les glandes pepsiques élaborent la pepsine.

Telle est essentiellement la théorie dite des peptogènes. Mais ces recherches furent encore poussées plus loin par leur auteur. Ainsi, Schiff, recherchant quel est le pouvoir digérant absolu de l'estomac, par une méthode dans les détails de laquelle il n'importe pas d'entrer ici, reconnaît que la muqueuse stomacale, mise en infusion dans une grande quantité d'eau, n'arrive pas d'emblée à son pouvoir maximum. Ce fait ne peut guère s'interpréter que d'une manière, c'est à savoir que la pepsine continue à se former pendant la durée de l'expérience, que la muqueuse contient un corps qui n'est pas de la pepsine, mais qui est susceptible de devenir de la pepsine.

C'est alors que parurent les recherches d'Ebstein et Grützner, faites à Breslau sous l'inspiration de Heidenhain, desquelles il résulte que les cellules glandulaires de l'estomac ne forment pas directement la pepsine, mais un corps (le *pepsinogène* ou *propepsine*) qui, sous certaines influences, se transforme en pepsine.

FEUILLETON

ETUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Comment on « fait » les Médecins-Chefs d'hôpitaux thermaux militaires. — Improvisation de spécialistes. — Ambulances de l'armée territoriale et de l'armée active. — M. L. Colin, inspecteur général. — La vertu du n° 1 de l'Annuaire. — Le Médecin du Gouvernement de Paris et de l'Intendance.— Comité de Santé. — L'Ecole du Service de santé à *N*. — Vœux et *ex-voto* des Conseils généraux. — Tableau du rendement en travail utile et en déchets de l'Ecole de Strasbourg pendant ses 10 années de fonctionnement.— Les morts du Tonkin. — Un pharmacien concentré.—Les Commissions de classement. — L'Avancement secret et chiffré. — L'*Aptitude* en retrait d'emploi.

I

Les saisons thermales viennent de finir; il est de convenance d'en dire quelques mots et de certaines improvisations. Pour être « fait » Médecin-Chef d'un hôpital militaire thermal, il faut d'abord « demander ».

Car la sollicitation est à la base de tout, et si vous avez avec cela des protections ou des parrainages, voilà l'aptitude acquise. Que l'on ait besoin de faire usage desdites eaux, l'aptitude surabonde.

Il semblerait qu'on doive y aller en malade; on s'y rend en guérisseur.

Un de nos correspondants, de ceux qui ne sont pas devenus des satisfaits continus par l'âge et la réplétion, nous adresse la liste des Médecins-Chefs d'Eaux minérales de 1880 à 1887. Cette Table, fort garnie, est des plus enseignantes.

A Bourbon-l'Archambault, il s'est succédé 5 médecins-chefs divers en sept années; à Bourbonne, 7, 1 par année. Quelques-uns sont allés de l'une à l'autre, de Bourbon-l'Archambault à Bourbonne, et même de Barèges à Vichy.

La plupart de ces spécialistes à deux fins font connaissance avec leur eau. C'est une présentation. Sans doute, beaucoup se préparent en secret et même en voyage, avec l'article *Eaux minérales* du Dictionnaire de Dujardin-Beaumetz, de Dechambre ou de Jaccoud.

Et piochent leur source.

Les belles recherches histo-physiologiques de Langley, en Angleterre, achevèrent de démontrer la réalité de ce phénomène. Il suffira de rappeler ici une expérience de Langley et Edkins : on traite la muqueuse gastrique d'un animal à jeun par une solution de bicarbonate de soude à 10 p. 100. On sait que le pepsine est rapidement détruite par les alcalis et que l'action du suc gastrique *in vitro* est supprimée par l'action d'une solution de ce genre. Or, la muqueuse stomacale ne perd pas ses propriétés après le traitement par le bicarbonate, d'où cette conclusion que la pepsine libre ne s'y trouve qu'en petite quantité et qu'il existe de la propepsine toujours en voie de transformation. Des expériences de Charles Richet sur le suc gastrique des poissons confirment encore ce fait.

En définitive, les recherches de Heidenhain et de ses élèves ont établi que la production de la propepsine est continue, mais que la transformation de ce corps en pepsine est intermittente. De là, il écrit que les peptogènes de Schiff ne doivent pas être considérés comme les matériaux de formation de la propepsine, mais comme « des facteurs essentiels de la transformation de la propepsine en pepsine définitive » (Herzen).

C'est à prouver de nouveau l'exactitude des faits déjà observés par Schiff et à montrer comment ces faits s'accordent avec ceux que l'Ecole de Breslau a découverts et comment, par cela même, la théorie de Schiff doit être modifiée dans son expression, tout en subsistant dans son fonds, que Herzen a consacré son livre sur la digestion stomacale. Ce qui constitue d'ailleurs le particulier intérêt des recherches de Herzen, c'est qu'elles ont été faites sur un homme porteur d'une fistule gastrique et sur lequel l'auteur a pu pendant de longs mois étudier la digestion stomacale. Ainsi pour la première fois a été étudiée chez l'homme « la pepsinogénie sous l'influence des peptogènes de Schiff ». Or, les nombreuses expériences de Herzen sont très démonstratives, confirmant pleinement les résultats obtenus depuis longtemps par Schiff sur les animaux : les peptogènes (bouillon, dextrine, etc.), absorbés par l'estomac ou par le rectum, sont un moyen efficace de rendre la digestion dans l'intérieur de l'estomac vivant plus active, en ce sens que la même quantité d'albumine est digérée en moins de temps, ou bien que dans le même temps il ne digère une plus grande quantité d'albumine.

Bien évidemment, la question de savoir comment agissent les peptogènes introduits dans le sang, reste tout à fait obscure. « Tout ce que nous pouvons conjecturer actuellement, dit Herzen lui-même, c'est que l'influence dont il s'agit, et qui ne peut être que clinique, doit être très indirecte, car on ne pourrait guère s'expliquer autrement que des substances aussi totalement différentes de composition et de constitution que la dextrine et les peptones, puissent en fin de compte produire le même effet ; il faut bien croire que leur arrivée dans le sang commence par modifier le sang lui-même et que cette première modification est suivie d'une série d'autres, parmi lesquelles il en est une qui rend le sang apte à nourrir le protoplasma des cellules glandulaires de l'estomac d'une façon particulière, telle précisément que cette nutrition particulière ait pour effet une transformation très rapide et très copieuse de propepsine en pepsine; de sorte que les substances peptogènes ne sont en tous cas que des facteurs indirects, et peut-être très éloignés, de la pepsinogénie, et que probablement on arriverait au même résultat si on trouvait un autre moyen de provoquer la même série de changements dans la masse sanguine. »

La première partie de l'ouvrage de M. Herzen est consacrée à un exposé de l'ancienne théorie de Schiff et des recherches principales de Heidenhain et de ses élèves, dont les résultats ont modifié ces résultats dans le sens que j'ai indiqué plus haut.

II. La thèse de M. L. Barbillon sur l'état de la sensibilité cutanée dans le rhumatisme articulaire aigu constitue une intéressante contribution à l'étude, reprise de nos jours par divers physiologistes, de l'indépendance des différents modes de la sensibilité cutanée. Il existe, en effet, très fréquemment, dans cette affection, ainsi que le démontrent bien les observations assez nombreuses rapportées par l'auteur, des perversions d'une ou plusieurs des formes de la sensibilité. Ainsi la sensibilité au tact est en général diminuée, ainsi que la sensibilité à la douleur ; la sensibilité au froid est diminuée, la sensibilité au chaud est exagérée ; la sensibilité électrique peut être seule altérée, et, par exemple, on observe souvent la diminution ou même l'abolition complète de la sensibilité faradique.

Voilà donc des faits pathologiques qui prouvent, comme déjà la physiologie l'avait démontré (expériences de Magnus Blix, de Goldscheider, de A. Harzen, de H. Donaldson, etc.,

---

Mais cette science de « fascicule » qu'on voiture avec soi aux bagages, cette préparation d'élève, sont insuffisantes à transformer complètement un médecin de régiment en expert — même avec le coup de baguette ministériel. Ce dernier ne peut qu'imposer les expertises hasardeuses de cet habile homme à plusieurs centaines d'officiers venus de bonne foi à Vichy ou ailleurs pour faire une cure et dont la santé blessée au service de France, en Afrique ou au Tonkin, semblerait avoir droit à des garanties moins primaires.

Il y a une nuance entre ouvrir un cabinet et une Infirmerie.

* *
*

Là comme ailleurs, par-dessus les réputations surfaites, les mots d'ordre, « les histoires », les notes secrètes et toute cette inquisition maniable, ces espèces de servo-moteurs de l'Avancement qui sont la joie des beaux-fils nés pour le CHOIX, viendra à son heure l'honnête Concours public affirmant non seulement les supériorités de savoir ce que ceux qui ne récitent jamais appellent de la récitation, mais les supériorités de *clinicien*, de tempérament de travail et d'intelligence, ces dons premiers.

Si faillible que soit l'épreuve d'amphithéâtre, elle s'impose mieux que l'épreuve d'antichambre — ce duel sans témoins.

Et il faut y prendre garde en haut lieu — comme on dit — alors qu'à ce titre de leurs éclatants concours on fait justement grandir aux grades supérieurs les professeurs, agrégés, chefs de clinique, médecins d'hôpitaux, nos distingués confrères de l'Armée territoriale sélectés par « capacités »; à côté, parallèlement, les docteurs du cadre « actif » sont gradés jusqu'au plus haut, sans épreuve publique sérieuse.

Il y a là quelque illogisme, et de ce fait à la prochaine guerre dans les ambulances et hôpitaux de campagne, où les supériorités de « lettre de service » ne sont que contingentes des heurts et des comparaisons désobligeantes à prévoir.

* *
*

Pourquoi pas pour tous cette même sélection naturelle, honnête, qui constate le rendement en travail utile de chacun pour la guérison du pauvre soldat et les grandesses s'imposant au soleil au lieu des petitesses se négociant dans l'ombre ?

Aussi bien, il paraît avoir été fait un pas dans la sélection scien-

1883-1885), que le sens de la température est distinct de la sensibilité tactile et douloureuse ou, du moins, qu'il existe des organes périphériques distincts pour les impressions du chaud et pour celles du froid. Ces organes périphériques spéciaux ne se confondent pas plus entre eux qu'ils ne paraissent se confondre avec ceux qui servent aux impressions tactiles et aux impressions de douleur.

Il convient de noter, cependant, que A. Herzen a prétendu que les impressions de contact et celles de froid ont les mêmes organes périphériques et sont transmises par les mêmes voies médullaires aux mêmes régions de la couche corticale des hémisphères cérébraux ; quant aux impressions de chaud, elles ont les mêmes organes et suivent les mêmes voies que les impressions douloureuses, et les expériences sur lesquelles Herzen s'est appuyé pour défendre cette opinion sont loin d'être sans valeur.

Malheureusement, il y a d'autres expériences dont les résultats sont tout à fait contraires à cette manière de voir ; à cet égard; il suffira de rappeler ici la très simple et élégante expérience de Donaldson (in *John Hopkins University circulars*, 1885), qui montre qu'un œil insensibilisé par la cocaïne, et qui ne sent plus la douleur, ni le contact, ressent toujours les impressions de chaud et celles de froid.

On peut regretter que cette question de savoir s'il existe ou non un rapport de dépendance entre les sensations tactiles et les sensations de froid, d'une part, et entre les sensations douloureuses et celles de chaud, d'autre part, ait été complètement passée sous silence par M. Barbillon. C'est cependant, pour le moment, la question la plus intéressante, ce semble, de toutes celles qui ont été soulevées par les récentes études de physiologie sur les différents modes de la sensibilité cutanée.

III. Le premier volume de la troisième édition des *Éléments de physiologie* du professeur Beaunis a paru récemment. L'éloge de cet important ouvrage n'est plus à faire : tous les physiologistes en ont apprécié l'intéressante et méthodique composition, l'exposition précise et claire, l'ampleur des idées générales et les larges vues d'ensemble, les descriptions si riches de faits détaillés, et pourtant toujours lucides, l'abondance et la sûreté des informations.

Cette nouvelle édition présente nécessairement un grand nombre de modifications de détails, tenant aux progrès mêmes de la physiologie dans ces dernières années. Je signalerai particulièrement les importantes additions faites aux chapitres qui sont consacrés à la physiologie du tissu musculaire, à l'excitabilité nerveuse, à la caryokinèse, à la fécondation et l'évolution de l'œuf. Mais les changements les plus considérables portent sur la chimie physiologique, à laquelle la bonne moitié de ce premier volume est réservée. C'est un des plus grands mérites de M. Beaunis que d'avoir parfaitement compris, dès la première édition de son *Traité*, qui remonte, on le sait, à l'année 1875, le rôle essentiel de la chimie dans la science physiologique et que, sans des notions précises de chimie organique et sans une connaissance approfondie des phénomènes chimiques qui se passent dans l'organisme, la claire compréhension d'un très grand nombre de phénomènes vitaux échappe au physiologiste. Aussi, rompant hardiment avec toutes les traditions de l'enseignement de la physiologie, n'hésita-t-il pas à accorder une place à part à la chimie physiologique et à la mettre en tête même de son ouvrage. Aujourd'hui, cette partie constitue un résumé complet, et presque un véritable traité, de cette science. Celle-ci, il est vrai, progresse si rapidement que les additions introduites par M. Beaunis sont tout à fait importantes, en particulier au sujet des hydrocarbonés et des sucres et des nouvelles théories de la glycogénie, de la constitution et de la formation des albuminoïdes, des matières colorantes du sang, des peptones, de l'urée, des acides conjugués, des ptomaïnes, des fermentations, de l'action des micro-organismes, etc.

L'intérêt de ces questions est d'autant plus grand pour le lecteur français que la chimie physiologique occupe malheureusement une moindre place dans le développement de la physiologie dans notre pays.

On voudrait espérer que les efforts de M. Beaunis pour faire connaître cette science, sans laquelle l'étude approfondie des phénomènes de la vie est impossible, ne seront pas inutiles pour engager enfin dans ces études quelques-uns de nos physiologistes.

IV. Etant donné l'intérêt qui s'attache aujourd'hui à toutes les études de physiologie cérébrale, on ne trouvera sans doute pas mauvais qu'il soit parlé ici d'un ouvrage qui est cependant moins physiologique que psychologique et fort peu,

---

tifique par la nomination comme Inspecteur général de M. Léon Colin. Il n'y a peut-être qu'une apparence. Je ne suis pas absolument sûr que tout ne soit pas dû à l'Ancienneté.

Dans la pesée de choix suprêmes, ce mode d'Avancement machinal, de pendule et pour ainsi dire d'état-civil, ne devrait pas plus compter en médecine que pour les commandements de Corps d'Armée. Cette antiquité est quelquefois la résultante de la surprise, nous allions dire de la soustraction d'un grade ; en tout cas, cela n'a guère plus de signification qu'un certificat de vie et de durée.

Or rien ne dure comme les ruines.

En M. L. Colin, une science réelle, une autorité incontestée des concours publics, des livres de notoriété, s'allient à l'Ancienneté qu'elles effacent. Et nous nous en félicitons, d'autant plus que les pouvoirs du nouvel Inspecteur général dureront sept années et qu'il pourra mettre plus de suite dans la marche progressiste et le bien à faire au Corps de santé.

C'est une aubaine.

Mais, chose abominable, tout ce relief, cet hors-pair scientifique, auraient peut-être été de nul effet s'il n'eût été le plus ancien.

Et il a failli ne pas l'être.

*
* *

En 1881, l'Intendance, qui prévoyait cette échéance de l'Inspectorat général en 1888 avec le coup d'œil professionnel qu'elle a pour les gains et bénéfices, fit l'impossible pour faire « passer sur le dos» du membre de l'Académie de médecine un médecin qui ne sera d'aucune Académie.

Mais qui lui a donné bien des satisfactions.

C'eut été dès lors le plus ancien.

Il n'eut jamais été que cela, mais c'était tout.

On ne s'imagine guère à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine, dans les Sociétés savantes où l'on ne vise que la priorité intellectuelle, ce que c'est que d'être no 1 de l'Annuaire. Et combien l'on est « porté » par ce chiffre-flotteur, surtout dans les hauts grades, qui sembleraient exiger tout autre chose.

Je n'affirme pas que le docteur susdit, élevé sur les genoux de l'Intendance, ne fut pas parvenu, grâce à cette virtuosité, Inspecteur-émargeur général et le représentant le plus autorisé de la Médecine militaire, côté du livret de solde.

sinon pas du tout médical, mais très philosophique. Le titre, *Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique*, en est effet un peu trompeur. Ce n'est pas toute l'activité cérébrale que l'auteur a étudiée de ce point de vue, mais une partie seulement des phénomènes qui se passent dans le cerveau, lorsque s'élabore la conscience et que se produit la pensée. Ainsi M. Herzen, voulant démontrer que les actes psychiques se ramènent, en définitive, comme tous les phénomènes naturels, au mouvement, s'attache exclusivement à exposer les faits qui prouvent que ces actes ont besoin, pour s'accomplir, d'un certain temps, et, comme corollaire, que ces actes, « toute forme de mouvement étant liée à la production de celle que constitue la chaleur », sont liés à la production d'une certaine quantité de chaleur. Là dessus il décrit longuement les recherches bien connues de son maître, Schiff (*Archives de physiologie*, 1860-1870), sur l'échauffement des centres nerveux pour l'influence des impressions sensorielles.

Sans contester l'importance des expériences de Schiff, pas plus que de celles relatives à la durée des actes psychiques, on peut se demander pourtant s'il y a là une preuve suffisante pour admettre que le phénomène psychique soit complètement et absolument indnctible en phénomène physiologique. Quoiqu'il en soit, d'ailleurs, on pensera sans doute qu'il n'eût pas été inutile d'invoquer aussi d'autres documents en faveur de l'étroite relation qui existe entre les faits psychologiques et physiologiques, comme par exemple, et pour ne citer que les plus importants, ceux fondés sur l'étude des rapports entre le travail intellectuel et la désassimilation cérébrale, d'une part, et, d'autre part, entre l'activité psychique et les modifications de la circulation du sang dans le cerveau.

Le livre de M. Herzen n'en constitue pas moins un intéressant résumé, et dont la lecture est tout à fait recommandable, de cette doctrine philosophique qui considère l'activité psychique « comme une forme particulière de mouvement moléculaire », le fait psychologique ne différant en aucune façon du fait physiologique. Ce ne serait pas ici le lieu de discuter cette question, à l'examen de laquelle tout l'ouvrage est consacré.

Dans une introduction, l'auteur, comparant le monisme et le dualisme, expose pour quelles raisons il rejette la seconde de ces doctrines; en psychologie, comme dans la philosophie générale, le système moniste doit donc triompher. En effet, en étudiant la nature de l'activité psychique, on reconnait que « tout acte psychique consiste en une transmission et en une modification d'une impulsion extérieure, c'est-à-dire en une forme particulière du mouvement ».

La première partie de l'ouvrage est réservée à cette thèse, dont la démonstration, ne reposant, à mon sens, et comme il a été déjà dit plus haut, que sur un trop petit nombre de faits, et même abstraction faite des arguments contraires d'ordre philosophique, pourra paraître insuffisante. Puis, dans les trois chapitres qui constituent la deuxième partie, M. Herzen examine les conséquences de cette thèse, ce qu'il appelle le *corollaire physique*, le *corollaire biologique* et le *corollaire psychologique* (étude du rapport entre l'activité psychique de la production de chaleur, preuve de la non existence de la spontanéité vitales, preuves de la non existence du libre arbitre).

Dans la troisième partie, l'auteur traite de la conscience et de la personnalité. Ici encore, on trouvera moins un exposé général et critique des importantes questions concernant la nature, la genèse et le développement de la conscience, qu'un résumé, intéressant du reste et facile à lire, des théories propres de M. Herzen. Ce n'est pas, bien entendu, son originalité que je veux par là reprocher à un auteur; mais il faut pourtant constater que ce livre, quels que doivent ees mérites, ne justifie pas absolument son titre et, à tenir compte de celui-ci, est un peu incomplet. Les psychologues et les physiologistes connaissent bien d'ailleurs les idées de M. Herzen sur la conscience, qu'il a lui-même émises et discutées il y a quelques années, dans la REVUE PHILOSOPHIQUE de M. Ribot; la conscience a pour condition exclusive la désintégration fonctionnelle des éléments nerveux centraux, lorsque cette désintégration se produit avec une certaine intensité.

E. GLEY.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Suite et fin. — Voir les numéros 40 et 41.

X. TROIS CAS D'ICHTHYOSE DANS UNE MÊME FAMILLE. — XI. L'ECZÉMA SÉBORRHOÏQUE. — XII. L'ONYXIS SEPTIQUE. — XIII. SUR LA LÈPRE. — XIV. SUR LA PELADE.

X. M. le docteur Heutz a observé à la consultation du pro-

Ce qui suffit aux ambitions bourgeoises.

La petite habileté de 1881 a « manqué », mais elle donne une idée des subterfuges de coulisse, de courtage et de clientèle dont s'est trop souvent fait l'Avancement.

***

Et, comme un bienfait n'est jamais perdu, le protégé de l'Intendance vient, en plein régime d'Autonomie, d'être nommé Directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, grâce à son titre de plus ancien — par ici chez lui, et sans alliage.

Tout simplement parce qu'il a le n° 2 — sur les livres.

On peut donc, en se laissant vivre et en soignant son hygiène, retenir pour ainsi dire sa place « en location » plusieurs années à l'avance. C'est un droit de succession réglé et une prime-viagère aussi sûre que celle de beaucoup de Compagnies d'assurances.

Toutefois, cette nomination à un poste de haute responsabilité a d'autant plus ému que beaucoup d'Inspecteurs ont tout autre bagage scientifique que ce médecin no 2 qu'on a dû naguère mettre en retrait de la 7e Direction au Ministère de la Guerre pour sa désinvolture à laisser sous-lieutenants à perpétuité nos distingués confrères civils, agrégés, cliniciens d'hôpitaux, etc., comme si pour cultiver la science peu intensivement sur son propre fonds, ce Directeur en était arrivé à la priser de peu chez les autres.

***

De plus, les Intendants auxquels on ne peut refuser cette qualité de la gratitude pour les services rendus ont mis dans leur 5e Comité d'Armes de leur 5e Direction ce fils de leurs œuvres.

Qu'on nous permette le mot, ils l'ont « reconnu ».

Cet adversaire, aujourd'hui bénéficiaire de l'Autonomie, ménage sans doute au dit 5e Comité d'Armes des assentiments respectueux et « des Intendants vous avez raison », d'une suffisante abondance.

Ce ne sera pas un opposant par système.

Tel ou tel autre Inspecteur que nous pourrions citer eût été moins bien doué pour ce rôle de médecin d'Intendance qui exige des attitudes de bénisseur manifestement uniformes.

Et, de fait, le Choix est bon.

***

fesseur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, un cas d'ichthyose chez deux jeunes filles jumelles, âgées de 8 ans, et chez leur petit frère, âgé de 6 ans et demi. Ces trois enfants présentaient d'une façon très nette les signes classiques de cette affection ; les deux fillettes à un degré moindre que le petit garçon : celui-ci, en effet, est atteint d'ichthyose généralisée (1). La peau de la face, des oreilles, du cou, du tronc, de l'abdomen, est rugueuse, sèche, recouverte de fines écailles ; celle des membres est encore plus altérée et présente des squames épaisses, véritables lamelles épidermiques. Les plis du coude, de l'aine, points généralement indemnes, offrent même une exfoliation épidermique légère.

Chez les deux sœurs, l'affection est mieux circonscrite, les membres supérieure et inférieurs sont plus particulièrement atteints. La peau est épaisse, ridée et fortement écailleuse. Celle du tronc et de la face est simplement rude et sèche avec quelques exfoliations furfuracées en certains endroits. Ces enfants sont d'une constitution assez délicate.

Pas trace d'affection semblable ni d'autre maladie de peau chez les ascendants et collatéraux; pas de syphilis. Le père est atteint d'une affection cardiaque, suite de rhumatisme articulaire aigu. La mère est très nerveuse et de faible santé. Mariée deux fois, elle a eu de son premier lit un fils, âgé aujourd'hui de 15 ans, en bonne santé et n'ayant rien à la peau.

L'affection aurait débuté quatre à cinq mois après la naissance chez les petites filles, un peu plus tôt chez le petit garçon. Elle se serait accentuée pendant un an ou deux et serait restée stationnaire depuis cette époque. Ces enfants n'ont jamais été traités. Pendant l'été, leur état s'améliore d'une façon très sensible ; l'hiver amène, au contraire, une recrudescence très forte de tous les symptômes. La mère a tenu à signaler un fait auquel elle semble attacher une grande importance et qui, d'après elle, expliquerait l'existence d'une semblable maladie chez ses enfants : « Pendant que j'étais « enceinte des deux petites filles, dit-elle d'un air profondé- « ment convaincu, j'ai eu une *grande envie* de hareng saur. »

Cette envie ne s'est pas reproduite pendant sa dernière grossesse, et pourtant le petit garçon est plus atteint que ses sœurs.

(1) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, tome IX, année 1888, p. 237 et suivantes.

XI. Résultat d'une hypersécrétion des glandes de la peau et d'une altération des produits de sécrétion de ces glandes, l'eczéma séborrhoïque est un eczéma d'une nature spéciale, coïncidant presque toujours avec une lésion séborrhoïque de la peau. D'après un élève de M. E. Besnier, M. Edouard de Senneville (1), certains faits d'observation clinique permettraient *presque* d'affirmer que c'est une affection parasitaire, quoique la découverte du parasite soit encore à l'étude. Caractérisé par des disques arrondis ou ovalaires se développant excentriquement, rouges, à bords finement incisés, ou bien recouverts d'un enduit gras, cet eczéma a pour siège de prédilection la région antérieure et la région postérieure du tronc, et le cuir chevelu. Il diffère en outre des autres eczémas par sa bénignité, par sa guérison facile et l'absence de toute inflammation ; il disparaît toujours au bout d'un temps qui varie d'un mois à un an, sous l'influence de l'eau savonneuse et des pommades soufrées.

XII. La maladie des ongles, qu'on décrit généralement sous le nom d'onyxis scrofuleux, ne serait pas, d'après M. Lucien Frottier (2), élève du professeur Lannelongue, une manifestation de la diathèse scrofuleuse. Elle aurait au contraire tous les caractères d'une affection septique, et il propose de substituer à l'ancienne dénomination celle d'*onyxis septique*.

Cet onyxis peut être latéral, sous-unguéal ou rétro-unguéal. Le plus souvent, on observe l'envahissement total du lit de l'ongle et de ses contours, c'est-à-dire à la fois l'onyxis septique et le périonyxis septique. Suivant sa marche, on peut en distinguer une forme aiguë et une forme chronique.

Le traitement antiseptique, transformant et guérissant plus rapidement que tout autre ces onyxis ; M. Frottier donne la préférence au pansement sec avec l'iodoforme recouvert de gaze iodoformée

XIII et XIV. Serait-il permis de faire une Revue de Dermatologie sans signaler les deux rapports faits à l'Académie de médecine par M. Ernest Besnier : l'un sur la lèpre ; l'autre sur la pelade ?

Que ces rapports soient un résumé complet de la question, cela n'étonnera personne.

(1) Thèse de Paris, 1888.
(2) Thèse de Paris, 1887.

Ceci nous amène à parler des Comités en général et du Comité de Santé en particulier.

Il y avait une fois — autrefois, un Conseil de Santé fort peu impétueux, au pas tranquille et lent, et dont quelques *Instructions* (ainsi appelées parce qu'elles instruisaient peu) sont restées légendaires, notamment celle sur les Champignons, en 1858.

De ce Conseil de Santé, on fit un Comité identiquement de Santé qui, composé des mêmes hommes, conserva, comme c'était à prévoir, même petite vitesse.

Alors on lui substitua, dans un but d'initiative ou d'idées quelconques et d'engendrement de quelque chose, une *Section technique* de jeunes quadragénaires soupçonnés de grande vitesse. Malgré leur Jouvence, ils ont cessé de plaire.

M. de Freycinet vient aujourd'hui de fusionner ; ce n'est plus ci et ce n'est plus ça : il y a du vieux Comité et de la jeune Section ; il y a de tout.

C'est une Thériaque.

Dr A. CHASSAGNE.

(A suivre.)

— M. Philippe Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, vient de fonder un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations qui font l'objet de ce cours.

On s'inscrit tous les jours, de 3 h. à 4 h., au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

— Un concours pour l'internat en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le 6 décembre 1888, à 3 h.

— Un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Revol est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiologiques et anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine de Tours.

La lèpre était depuis déjà plusieurs années un sujet à l'ordre du jour.

Les travaux d'Hillairet, de Hansen, de Neisser, de Unna, du professeur Cornil, etc., au point de vue histologique (1), ceux de M. Vidal (2), au point de vue thérapeutique, avaient éveillé l'attention du public scientifique, lorsque le mémoire du professeur Leloir (de Lille), présenté à l'Académie, a fourni l'occasion à M. Besnier de faire sur la lèpre un travail récapitulatif qui résume et juge la question (3).

Loin d'être une maladie éteinte, nous dit-il dans ses conclusions, la lèpre tient au contraire « une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale »; elle présente pour ce pays un intérêt direct.

Ce n'est ni une maladie spontanée, ni une affection accidentelle ou toxique; c'est une maladie exclusivement humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé. On ne sait pas encore quelle est la forme microphytique qui transmet la maladie sûrement, mais l'existence de ces microphytes dans toute lésion lépreuse, d'une part, et la transmissibilité de la lèpre, d'autre part, sont deux faits que l'on peut séparer.

Cette transmissibilité s'exerce dans une mesure extrêmement variable et selon des conditions en partie dévoilées, en plus grande partie ignorées; l'homme semble être le seul agent, ou au moins l'agent essentiel, inévitable, de cette transmission. Il est à peu près certain qu'elle peut être inoculée, pendant la vaccination, par exemple. Il est certain que l'homme la transporte d'un lieu dans un autre, attachée à lui, non au sol; il est certain qu'on peut la contracter par hérédité; mais le péril héréditaire est infiniment moins grand qu'on ne le croit encore, et l'on peut aujourd'hui protéger hautement contre la fatalité héréditaire dans laquelle on a jusqu'à présent enfermé les lépreux.

Des conditions extrinsèques, telles que la misère sociale et la promiscuité sordide, favorisent au plus haut point la propagation de la maladie; les conditions inverses, un état social régulier, l'application des lois de l'hygiène générale et privée annihilent à peu près sa faculté contagieuse.

Ainsi mieux conçue et plus clairement définie, grâce aux travaux des médecins contemporains parmi lesquels beaucoup sont nos compatriotes, et au premier rang desquels il faut placer M. Leloir, grâce au développement des doctrines de l'illustre Pasteur, la lèpre est définitivement entrée dans la période scientifique de son histoire; dès maintenant, à défaut d'une thérapeutique efficace, la médecine peut lui opposer une prophylaxie certaine, basée sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générales, et prendre les mesures de protection nécessaires dans quelques conditions déterminées, sans avoir recours aux procédés cruels d'un autre âge, et en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque ».

On ne saurait mieux dire.

Plus récemment, la question de la pelade s'est présentée à l'Académie à la suite des communications de M. Ollivier démontrant que cette affection n'est pas d'une contagiosité telle qu'on doive bannir des écoles les enfants qui en sont atteints. Ici encore, M. Ernest Besnier, chargé de faire le rapport au nom de la Commission instituée pour présenter à nos gouvernants un résumé des mesures à prendre, a produit une œuvre de haute critique et de profonde érudition (1).

Nos lecteurs en connaissent les conclusions; nous ne pouvons que leur conseiller de lire *in extenso* le mémoire si bien écrit, si complet, si judicieux, si sage qui précède ces conclusions.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

P. S. — Dans le dernier numéro, p. 487, col. 1, quelques lignes ayant été omises en tête du dernier alinéa de la *Revue de dermatologie*, cet alinéa doit être rétabli ainsi :

Mais le 24 mars, l'éruption reparut, moins intense, il est vrai; le traitement fut repris, et au bout de dix jours, le malade était complètement et définitivement guéri de cette affection que le professeur Petrini rapporte à l'Hydroa bulleux de Bazin. P. F.

REVUE GÉNÉRALE

Des portes d'entrée de la tuberculose, par le docteur Henri Barbier, ancien interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 36, 37, 38, 39, 40 et 41.

An 15e Congrès de la Société allemande de chirurgie, en 1886 (2), *M. Kœnig* (de Gœttingue) rapporte l'observation d'un malade à qui on faisait, sur le ventre, des piqûres de morphine avec une seringue qui servait également à un tuberculeux. A l'autopsie, il n'est pas peu surpris de trouver, chez ce malade, une tuberculose étendue des parois abdominales.

Eisemberg, au même Congrès, attire l'attention sur le danger de la succion qu'opèrent les rabbins, après la circoncision. Il cite un cas où des inoculations ont eu lieu, l'opérateur étant tuberculeux. Dans ce cas, il y ent des abcès des ganglions inguinaux, et le bacille fut retrouvé dans les tissus. Il rappelle en même temps que Lenekmar, en 1873, et Lehmann, en 1879, avaient publié, le premier deux cas, le deuxième dix autres semblables.

Wahl cite également le cas d'un enfant amputé de l'avant-bras pour des accidents phlegmoneux de la main, consécutifs à un traumatisme; au bout de quelques temps, la plaie opératoire devient fongueuse, les ganglions axillaires se tuméfient. L'enfant est confié aux soins d'une jeune fille *qui a un lupus du nez*. On extirpe le ganglion et on y découvre des bacilles.

En 1887, *M. Brissaud* (3) signale un nouveau fait :

Un homme de quarante-trois ans se fait une brûlure au poignet. Elle se recouvre d'une croûte persistante et de mauvais aspect. Il y découvre des bacilles; de plus, il y a une tuberculose manifeste des poumons et du larynx.

(1) Consulter, à propos de la bactériologie de la lèpre tuberculeuse, une observation rapportée par le docteur Georges Marcacci (octobre 1887) dans le Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della pelle, p. 300.

(2) Voir les intéressants articles publiés par M. le docteur E. Vidal sur le *Traitement de la lèpre*, dans la France médicale de 1884, nos 73 à 81.

(3) Brochure in-8o de 64 pages. Paris, 1887. — G. Masson, éditeur.

(1) Brochure in-8o de 48 pages. Paris, 1888. — G. Masson, éditeur.

(2) Arch. f. clinische Chirurgie, 1886.

(3) Société médicale des hôpitaux, 1887.

A la même séance, *M. Gaucher* dit qu'il observait un garçon blanchisseur, qui offrait au bras une ulcération analogue. L'examen n'y avait pas fait découvrir de bacilles, mais il y avait une tuberculose pulmonaire..

Si à ces faits on ajoute celui que *M. Hanot* communiquait en 1884, à la Société des hôpitaux, on conviendra que l'observation clinique a fourni déjà un certain nombre de preuves positives et bien établies.

Comme on peut le voir, en comparant entre elles ces observations, les lésions décrites jusqu'à ce jour, à la suite d'inoculations accidentelles à l'homme, sont très variables. On a observé des gommes cutanées, des abcès froids, des ulcérations rebelles et persistantes de la peau, des synovites fongueuses, enfin des adénites, et, pour tous ces cas, on peut dire que la preuve de leur nature est faite, puisqu'on y a reconnu la présence du bacille tuberculeux. La lésion appelée tubercule est fréquente, M. Barthélemy (1) citait encore l'exemple d'une religieuse chez qui se montra un tubercule anatomique en pansant un abcès froid; mais ce serait une erreur d'y voir une manifestation fondamentale et caractéristique. D'autres microbes peuvent le produire, c'est du moins ce qui résulte des observations de *MM. Villemin* et *Barthélemy* au dernier Congrès. Néanmoins, c'est une lésion fréquente.

Il y a donc au point inoculé, ainsi que *M. de Toma* (de Lesa) l'a montré, une infiltration des tissus, puis une propagation par les voies lymphatiques et les globules blancs. Ce n'est que plus tard, lorsque l'infection est plus développée, que les vaisseaux sanguins peuvent transporter l'agent infectieux.

Quant à la durée du temps au delà duquel la maladie cesse d'être locale, elle varie selon les espèces. *M. Jeannel* (1) vient d'apporter à cette question de nouvelles données. D'après lui, on peut affirmer que, au bout de quatorze jours, le virus a pénétré dans le système ganglionnaire. Quant au sang, il serait déjà virulent *au bout de seize heures*, de sorte qu'il n'y aurait pas à proprement parler, de tuberculose locale, puisque des viscères, saine à l'œil nu, peuvent être virulents seize heures après l'inoculation.

Cette question grave de conséquences pratiques ne saurait nous occuper ici.

Mais il en est une autre qui mérite que nous nous y arrêtions un peu. C'est la vaccine. Le vaccin pris sur un tuberculeux, ou sur un animal tuberculeux, peut-il être dangereux? C'est là, on le conçoit, un fait gros de conséquences.

Déjà, en 1883, sur les conseils de *Bollinger* (2), Schmidt avait étudié la question de savoir si la pustule vaccinale, dans ces conditions, pouvait renfermer des bacilles, et l'avait résolue par la négative. Lothar-Mayer, *Gutmann* (3), examinèrent sans résultat la lymphe vaccinale de 11 phthisiques.

A l'Ecole de Toulouse, *Toussaint* (4) avait vacciné autour de la vulve une vache pommelière, et le vaccin pris sur celle-ci avait déterminé des lésions tuberculeuses. Chez des porcs et des lapins, Vulpian fit des réserves sur ce sujet.

De son côté, *Nœpce* (5) n'avait jamais pu observer de bacilles dans le liquide vaccinal des tuberculeux, et ces tentatives d'inoculations à des cobayes et à des lapins avaient été infructueuses.

(1) Congrès de 1884. In Sem. méd.
(2) *Zur ætiologie der Tuberc.* Munich, 1883.
(3) Eulemberg's Vierteljahres f. ges Medicin. Berlin, 1882.
(4) Académie des sciences, 1881.
(5) Mémoire cité. Grenoble.

Chauveau et *Josserand* (1), avec du vaccin pris chez 14 tuberculeux différents, ne furent pas plus heureux.

La question a été reprise et jugée par des expériences de M. Strauss (2). Il s'est servi de la lymphe vaccinale dans cinq cas différents, où les sujets étaient tuberculeux, et en comparant ses résultats à ceux des autres expérimentateurs, en tenant compte surtout de ce fait mis en lumière par Chauveau que le derme se prête mal à l'inoculation tuberculeuse; et des résultats négatifs obtenus par Schmidt, qui avait essayé par le frottement ou par l'érosion d'inoculer la tuberculose à des lapins, *M. Strauss* conclut que la tuberculose vaccinale est peu probable, surtout si l'on recueille le vaccin sur les génisses, car la tuberculose du veau est exceptionnelle.

Resterait maintenant à peser l'importance des lésions cutanées, telles que le lupus, les séro-fulides, etc. Cette question a perdu beaucoup de son importance théorique et doctrinale, depuis que ces affections sont rangées dans le chapitre de la tuberculose cutanée. Les recherches de Cornil, de Lenoir, y ont montré la présence du bacille. Elles doivent être par conséquent considérées, non plus comme des portes d'entrée, mais comme déjà des lésions de tuberculose acquise.

Quant aux gourmes, impetigos, eczémas des jeunes enfants, comme nous l'avons vu, on ne saurait plus y voir des lésions tuberculeuses. Des micrococques y ont été décrits. Peut-on les considérer, ainsi que le fait Verchère, comme les pores de bacilles tuberculeux? C'est là une grosse hypothèse. Ce qui est plus probable peut-être, c'est que ces lésions, comme nous l'avons vu en commençant, préparent l'évolution tuberculeuse en favorisant ces érosions cutanées par où l'agent infectieux peut pénétrer et se développer, si le terrain s'y prête. Et, de fait, les exemples de ces enfants sont fréquents chez ceux qui où l'on voit apparaître à leur suite des adénites cervicales, et plus tard une tuberculose qui se montre à une échéance plus ou moins courte. Je rappellerai ici encore ces catarrhes du conduit auditif externe, qui aboutissent à la carie du rocher.

Ces faits renferment leur morale, si je puis ainsi dire. C'est que, principalement en ce qui concerne ces affections cutanées de l'enfant, il faut que le médecin, mieux instruit, veille et agisse. Comment? En ne les laissant pas s'éterniser et en appliquant à leur traitement toutes les règles de l'antisepsie. Il ne doit pas oublier que ces enfants sont un terrain tout préparé et que c'est à lui qu'incombe la responsabilité d'éviter le danger.

En résumé, la peau défend et défend bien l'organisme contre le bacille tuberculeux. Mais la moindre plaie sous-cutanée laisse au contraire la porte grande ouverte. C'est par là même signaler le danger des blessures faites avec des instruments ayant servi pour ou à des tuberculeux, et celui des moindres érosions cutanées pour ceux que leur profession expose au contact des objets ou des humoraux, ou des crachats de tuberculeux.

(1) Thèse de Lyon, 1884.
(2) Gazette hebdomadaire, 1885.

REVUE DE TOXICOLOGIE

I. UN CAS D'AMBLYOPIE PASSAGÈRE, CONSÉCUTIVE A L'ABSORPTION D'UNE FORTE DOSE DE TEINTURE D'OPIUM, par le docteur HAMMERLE (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1888, no 41, p. 838). — II. UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ANTIFÉBRINE, par le docteur FAEUNN (*Ibidem*, p. 834). — III. EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORATE DE POTASSE ABSORBÉ DANS UN BUT DE SUICIDE, par le docteur B. SCHUCHARDT (*Ibidem*, p. 835). — IV. CONSIDÉRATIONS TOXICOLOGIQUES SUR L'HYDROXYLAMINE, par le professeur BINZ (*Virchow's Archiv*, t. CXIII, fasc. 1, p. 18, 1888).

I. L'observation qui suit est un exemple d'amblyopie toxique, à rapprocher de quelques autres qui ont été mentionnés précédemment dans ce recueil.

Le sujet de l'observation, un peintre en bâtiment, âgé de 30 ans, avait déjà eu à plusieurs reprises des coliques saturnines, et il était en proie à une nouvelle crise, lorsqu'il fit mander M. HAMMERLE. Celui-ci prescrivit de la teinture d'opium simple, à prendre trois ou quatre fois, à des intervalles de deux heures, par prises de 15 gouttes, et en plus des lavements froids et des enveloppements mouillés autour de l'abdomen. Les souffrances ne se calmant pas, pendant la nuit, la femme du malade crut bien faire en rapprochant et en multipliant les prises; bref, en l'espace de douze heures, elle ingurgita à son mari 1 gr. 1/2 de la drogue.

Cette médication énergique apaisa les douleurs de ventre; par contre, les lavements et les applications de compresses mouillées n'avaient produit aucun effet sur la coprostase. Le lendemain matin, à sa seconde visite, le médecin trouva le patient dans un état voisin du collapsus. La pâleur habituelle de la face avait fait place à la congestion; les pupilles étaient fortement rétrécies, presque sans réaction. Le malade avait eu des vomissements, dans la seconde moitié de la nuit, et il éprouvait encore une sensation de brûlure à l'épigastre. Mais ce qui l'effrayait surtout, c'était un obscurcissement du champ visuel, qui alla en s'accentuant, jusqu'à se transformer en cécité complète. Le pouls battait 120 à la minute.

Le médecin prescrivit 30 gr. d'huile de ricin et 3 gouttes d'huile de croton, à prendre en deux fois; puis une potion de Rivière, à prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure, des lavements froids et des compresses mouillées sur le ventre. Cette médication provoqua des selles abondantes et la cessation des douleurs épigastriques. La face reprit sa teinte habituelle; le rétrécissement de la pupille et l'amaurose persistaient. Au bout de quatre jours seulement, la vue était rétablie. Mais le malade se sentait très faible; il fallut encore une huitaine de jours pour achever la guérison.

L'auteur n'hésite pas à rapporter l'amaurose observée dans ce cas, à un spasme des vaisseaux artériels du fond de l'œil.

II. Voici un nouvel exemple d'empoisonnement par l'antifébrine :

Un ouvrier fleuriste, âgé de 21 ans, s'étant réveillé avec un fort mal de tête, le lendemain d'un jour où il avait bu outre mesure, se fit chercher dans une droguerie du voisinage pour 10 pfennigs d'un remède qui put lui procurer du soulagement. On lui délivra une poudre blanche, avec recommandation d'en prendre la moitié d'abord, et l'autre moitié seulement plus tard, en cas que la première prise ne produirait pas l'effet voulu. Se conformant à ces recommandations, le malade avala une première moitié de sa poudre vers les onze heures du matin. Le mal de tête se calma un peu, pour reprendre de nouveau, vers les deux heures de l'après-midi. Une heure après, le malade se décida à avaler ce qui restait du remède. Vers quatre heures, sa femme remarqua qu'il avait la figure d'une extrême pâleur, les oreilles et les lèvres d'un bleu foncé. Le malade, qui ne se sentait plus aucun malaise, attribua cette teinte insolite au contact accidentel d'une couleur artificielle. Mais il eut beau se frotter la figure et les oreilles avec un linge, la teinte bleuâtre gagnait en intensité et en étendue. Elle se montra ensuite aux ongles des doigts; en même temps, une certaine raideur envahit les bras et les jambes.

Dans la soirée, le malade se fit admettre à l'hôpital. Indépendamment de la cyanose, il présentait de l'accélération du pouls (150); par moments, un léger tremblement agitait ses mains. A part cela, pas d'autres manifestations pathologiques appréciables. La cyanose ne se dissipa que le surlendemain. Le nombre des pulsations comptées à la minute était descendu à 81.

En faisant redemander au droguiste une même quantité du remède, avec prière de donner l'indication de la substance, on reçut un paquet, portant la suscription : Antifébrine, et qui contenait 6 gr. de ce médicament, ce qui justifia les prévisions émises au sujet de la nature du toxique qui avait occasionné les accidents relatés ci-dessus.

Suivent des renseignements très détaillés sur les caractères présentés par l'urine, dans le cours de cet empoisonnement par l'antifébrine.

III. Jusque dans ces derniers temps, les seuls exemples connus d'intoxication par le chlorate de potasse se rapportaient à des empoisonnements accidentels; empoisonnements survenus, les uns après administration du chlorate de potasse à doses réputées inoffensives, mais dans des circonstances pathologiques qui favorisaient la toxicité de ce sel; les autres, à la suite d'une méprise consistant à confondre le chlorate de potasse avec quelque autre sel blanc de même aspect, et à l'administrer à doses démesurément fortes.

Au commencement de l'année dernière, un médecin de Berlin, M. Mendelsohn, publiait (In : *Charite-Annalen*, Jahrgang XII, p. 206, 1887), un premier exemple d'empoisonnement par le chlorate de potasse ingéré dans un but de suicide. Il s'agissait d'un négociant âgé de 38 ans qui, après ingestion du toxique, présenta les symptômes suivants : coma profond, lividité de la face, avec cyanose des ailes du nez, des lèvres et des oreilles. Pouls à peine perceptible; contractions cardiaques très accélérées; bruits du cœur très sourds. Pas de fièvre, pas de phénomènes de paralysie. L'urine obtenue par le cathétérisme était d'un brun-rougeâtre, claire, et contenait une petite quantité d'albumine. Le malade eut à plusieurs reprises des frissons; il succomba dans la journée, aux progrès du collapsus, après quatorze heures de séjour à l'hôpital. L'autopsie n'a pas eu lieu.

Vers la même époque, M. Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, a publié (*Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*, t. II, no 10, p. 359, juillet 1887), un cas d'empoisonnement mortel par le chlorate

de potasse administré dans le but présumé de provoquer l'avortement chez une jeune fille enceinte de cinq mois.

L'observation publiée par M. SCHUCHARDT concerne un nouvel exemple d'empoisonnement par le chlorate de potasse absorbé dans un but de suicide. Le fait a été observé par un praticien allemand, M. Sabarth. Le sujet, un jeune homme de 24 ans, résolu à mettre fin à ses jours, avala une quantité de chlorate de potasse évaluée approximativement à 80-90 gr. L'absorption du toxique eut lieu en trois fois, dans de l'eau de seltz. Peu de temps après, et en présence du médecin qu'on avait appelé en toute hâte, le sujet vomit à plusieurs reprises de grandes quantités d'un liquide clair, d'une odeur acide, couvert de bulles de gaz à sa surface. En peu d'instants, le liquide rejeté remplissait à moitié un grand sceau en porcelaine.

Le malade ayant été déshabillé, eut d'abondantes évacuations en diarrhées, couvertes d'écume, au moment de se mettre au lit. Lorsqu'on l'eut couché ensuite, il présenta les symptômes suivants : Cyanose des lèvres, de la muqueuse buccale, de la langue, des ongles; on eut dit bientôt que ces parties avaient été barbouillées avec du jus de mûres. Sur la figure et le reste du corps se répandit une teinte blafarde, cadavérique. La peau se couvrit ensuite d'une sueur froide. Puis survinrent des douleurs de ventre, tellement violentes qu'il fallut pratiquer une forte injection de morphine. Ce remède procura au malade quelques heures de soulagement et un peu de sommeil. Les douleurs à l'épigastre étaient relativement peu prononcées. Le pouls était plein, battant de 72 à 76 à la minute. Rien d'anormal en apparence, du côté du cœur et de la respiration. Ce dont se plaignait surtout le malade, c'était une soif inextinguible; avec cela, il était en proie à un ténesme anal incessant. Le cours des urines était arrêté. L'état du malade ne se modifia pas sensiblement jusqu'à l'issue fatale, qui survint environ vingt-six heures après l'empoisonnement. Jusqu'au dernier moment, le malade conserva toute sa lucidité d'esprit.

En somme, cette symptomalogie contraste avec celle qui a été observée chez le malade de M. Mendelsohn.

IV. L'hydroxylamine, qui a pour formule Az H^2 OH, est d'après les recherches de M. Binz un corps très intéressant au point de vue biologique. On possède en lui un moyen de faire apparaître rapidement de la méthémoglobine dans le sang d'un animal, sans compromettre la vie de ce dernier. D'autre part, l'hydroxylamine est pour les organismes inférieurs un poison des plus énergiques. Enfin, dans certaines circonstances et indépendamment de son action sur la matière colorante du sang, elle manifeste son action sur les centres nerveux par des effets narcotiques très prononcés. Cette triple action est en rapport avec le pouvoir réducteur énergique que possède l'hydroxylamine : En soustrayant de l'oxygène à l'oxyhémoglobine, cette substance se transforme en protoxyde d'azote, acide azoteux et acide azotique.

En thérapeutique, l'hydroxylamine, qui forme des combinaisons salines cristallisables, pourra faire l'objet d'essais cliniques dans deux voies: à titre d'antimycosique, dans le traitement de certaines maladies infectieuses; puis comme succédané de l'acide pyrogallique et de la chrysarobine, qu'on utilise dans le traitement de certaines dermatoses en raison de leur action réductrice. L'hydroxylamine a sur les deux substances en question l'avantage de ne pas colorer les tissus et les linges.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux sur la tuberculose

DERVILLE. — INFECTION TUBERCULEUSE PAR LA VOIE GÉNITALE CHEZ LA FEMME.

Depuis la découverte du bacille qui engendre les lésions de la phthisie pulmonaire, l'attention des médecins s'est dirigée vers la recherche des différents modes par lesquels cet élément infectieux parvient à s'introduire au sein de l'organisme. Cette question des portes d'entrée de la tuberculose est donc restée à l'ordre du jour, mais comporte encore à l'heure présente bien des inconnues, malgré le nombre déjà imposant de faits précis désormais acquis à la science. C'est qu'elle implique en réalité de grandes difficultés, dont la principale consiste dans l'impossibilité trop souvent constatée de suivre la filiation des étapes successives parcourues par le bacille, depuis son point de départ jusqu'à sa domiciliation dans l'organisme récepteur. Cette difficulté se révèle surtout quand il s'agit de déterminer le mode par lequel s'effectue l'infection tuberculeuse génitale chez la femme. On sait que les organes génitaux de la femme sont fréquemment envahis par des lésions tuberculeuses susceptibles de faire naître des formes symptomatiques très variées, depuis la leucorrhée la plus vulgaire en apparence jusqu'à la métrite et la périmétrite. Pour expliquer l'origine de ces lésions, on a crû pouvoir admettre l'apport direct du bacille spécifique par les organes génitaux de l'homme, par l'occasion des rapports sexuels.

C'est là une hypothèse assez vraisemblable et qui s'imposait en quelque sorte à l'esprit, même en l'absence de toute preuve directe. Aujourd'hui, cette opinion a pour elle l'adhésion d'un certain nombre d'observateurs éminents. Et c'est ainsi que MM. Fernet, Brouardel, Verneuil, etc., etc., s'appuyant sur des faits authentiques, ont pu affirmer tour à tour le danger de la contagion pour la femme, par le fait de sa cohabitation avec un mari atteint de lésions tuberculeuses des voies génitales. L'auteur de la thèse que nous analysons se prononce dans le même sens. La possibilité d'une inoculation directe dans les conditions précitées ne fait pour lui aucun doute, et il tire même de cette donnée précise une conclusion immédiate en s'affirmant d'avance comme un partisan convaincu des mesures légales qui viseraient à supprimer cette cause active et fréquente de contagion par l'interdiction du mariage aux individus reconnus atteints de lésions de cette nature. A plus forte raison se déclare-t-il partisan des mesures de désinfection applicables à la personne et à l'entourage des phthisiques dont le contact pourrait devenir une cause de contamination. C'est dans le même ordre d'idées, et dans un but prophylactique, qu'il fait entrevoir pour l'avenir la nécessité d'attaquer directement et rigoureusement le foyer initial développé dans un point quelconque de la région des organes génitaux, le danger d'une généralisation étant d'ailleurs plus à redouter chez la femme que chez l'homme, où la tuberculose génito-urinaire se fait remarquer généralement par sa marche lente, torpide, stationnaire pendant des mois et même des années.

DEGAIL. — HÉMORRHAGIES INTESTINALES DES TUBERCULEUX.

L'étude de la tuberculose a inspiré un nombre immense de travaux, et pourtant, si grande est l'importance d'un pareil sujet qu'il semble inépuisable et qu'il reste toujours quelque chose à glaner en ce qui le concerne, même dans le champ si souvent exploré de l'observation clinique pure.

La thèse de M. Degail, constituée avec des matériaux entièrement recueillis au lit du malade, est destinée à occuper aussi un rang honorable dans cette littérature déjà si riche, par le simple apport de faits propres à établir la fréquence et à élucider la pathogénie des hémorrhagies intestinales qui se rencontrent assez fréquemment chez les tuberculeux. La lecture de ce consciencieux travail justifie suffisamment les conclusions de l'auteur, qui admet deux catégories de cas bien tranchés : les uns relatifs aux hémorrhagies survenues en l'absence de lésions tuberculeuses et ulcérations sur la muqueuse intestinale; les autres où ces deux genres de lésions coexistent. Or, ces deux groupes de faits ne relèvent pas de la même interprétation.

Dans le premier groupe, c'est une véritable dyscrasie hémorrhagique qu'il convient d'invoquer, comme le prouve d'ailleurs la multiplicité des voies par lesquelles le sang s'échappe au dehors (épitaxis), hémorrhoïdes, hémorrhagies utérines, etc., etc. Les hémorrhagies de cette catégorie sont bien souvent prémonitoires de la phthisie, et elles acquièrent, de ce fait, une valeur séméiologique toute particulière.

Les hémorrhagies du deuxième groupe comportent une interprétation plus simple : elles peuvent affecter tous les degrés, depuis le simple suintement à peine reconnaissable à la présence dans les selles de globules sanguins altérés, jusqu'à l'hémorrhagie à forme quasi-foudroyante. Cette dernière variété coïncide elle-même assez souvent avec une entérite d'aspect tout à fait dysentériforme.

Dans cette dernière catégorie, le pronostic est fatal, souvent même à bref délai, d'autant que la spoliation sanguine a lieu chez des sujets déjà affaiblis et chez lesquels la résistance organique a subi à l'avance une diminution chaque jour plus marquée.

DELABORNE. — DES RAPPORTS DE LA CHLOROSE CHEZ LA FEMME AVEC LA SCROFULE ET LA TUBERCULOSE.

L'idée principale que l'auteur soutient dans ce travail peut être résumée de la manière suivante : Les antécédents scrofulo-tuberculeux se retrouvent chez un grand nombre de chlorotiques (environ 8 fois sur 16 cas), d'après une statistique personnelle : d'autre part, il existe une analogie symptomatique indéniable entre la chlorose et cette maladie à tendance cachectisante qu'on appelle la *tuberculisation*. Dès lors, on est en droit de conclure à une véritable relation de parenté entre ces deux états morbides, la chlorose n'étant plus dans cette conception qu'un produit indirect, une manifestation à part du vice tuberculeux transmis par hérédité et jusqu'alors maintenu à l'état latent.

Telle est la donnée fondamentale qui se dégage de la lecture de cette thèse. Nous devons ajouter que l'auteur s'est gardé de toute affirmation trop absolue et qu'il a pris soin d'entourer ses conclusions des réserves indispensables dans une question où l'hypothèse a au moins autant de part que l'observation clinique pure. Or, c'est précisément cette dernière qui aurait qualité pour résoudre un aussi grave problème, et malheureusement M. Delaborde n'a fourni à cet égard qu'un nombre de faits tout à fait insuffisant. On lira néanmoins avec intérêt la discussion à laquelle il a été conduit par l'affinité symptomatique incontestable de ces deux maladies, chlorose et tuberculose, et peut-être à la suite de cette lecture sera-t-on entraîné à croire avec lui que l'insuffisance protoplasmique et vasculaire qui semble former le substratum et l'essence même de la chlorose, pourrait bien être au fond l'effet éloigné d'une disposition tuberculeuse héréditaire, à l'éclosion de laquelle l'involution de l'adolescence vient fournir pour la première fois le prétexte de cause déterminante.

P. MUSELIER.

DE LA PULPE VACCINALE GLYCÉRINÉE, par M. ARISTIDE FOUQUE. Paris, 1888.

M. Aristide Fouque qui, sous la direction de M. Chambon, vaccinateur des hôpitaux, a pratiqué près de 500,000 vaccinations ou revaccinations de génisse à l'homme, a consacré sa thèse à préconiser l'excellence du vaccin animal.

A défaut de génisse, il conseille l'emploi des tubes contenant la pulpe vaccinale glycérinée, pulpe empruntée aux pustules de génisse et conservée à l'aide de la glycérine pure.

Dr A.

DES DIFFICULTÉS DE L'ALLAITEMENT PROVENANT DE LA FORME DU MAMELON ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER, par M. JOSEPH DOAT. Thèse de Paris, 1888.

Pour M. Joseph Doat, la forme défectueuse du mamelon est la principale source des difficultés de l'allaitement. Elle est une cause de douleurs et d'accidents graves pour la mère; elle fatigue et rebute l'enfant. C'est donc contre les vices de conformation que devra se diriger la thérapeutique. On les corrigera en particulier par l'emploi de la téterelle bi-aspiratrice dont M. Auvard a récemment préconisé l'usage. Mais ne vaudrait-il pas mieux avoir recours à des moyens préventifs, en tâchant de former le mamelon avant même l'accouchement?

Dr F. A. S.

ETUDE SUR LE TÉTANOS UTÉRIN, par le docteur DURIEZ.

Le tétanos utérin est une contracture du muscle utérin portant sur toutes ses parties. On le rencontre dans les accouchements mal dirigés ou abandonnés à eux-mêmes, dans le cas de présentation de l'épaule, compliqué de rupture prématurée de la poche des eaux; dans le cas d'administration d'ergot de seigle.

Le pronostic est fatal pour l'enfant. Celui de la mère doit être réservé, par suite de la durée du travail et des manœuvres pratiquées.

Après une ou deux tentatives de version sous le chloroforme, recourir à l'embryotomie.

DE L'ANALGÉSIE CHLOROFORMIQUE DANS LES ACCOUCHEMENTS NATURELS, par le docteur DROUET.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes, qui sont très intéressantes :

Il est possible théoriquement de faire disparaître la douleur par la chloroformisation, tout en laissant persister les autres modes de sensibilité et l'intelligence; la douleur du travail

n'est en effet qu'une sensibilité tactile portée à l'extrême. On peut la faire disparaître d'antant plus facilement que l'organe qui en est le siège est doné d'une sensibilité normale moins vive. Les douleurs de la période de dilatation qui ont leur siège dans l'ntérus doivent donc théoriqnement être plus facilement atteintes qne celles de la période d'expulsion qui siègent dans des organes plus sensibles qne l'ntérus.

L'analgésie obstétricale existe réellement : les douleurs irradiées disparaissent les premières ; les douleurs de la période de dilatation sont supprimées on considérablement diminuées ; celles de la période d'expulsion sont plus difficilement modifiées. L'intelligence reste intacte pendant l'analgésie. Les contractions utérines sont régularisées ; l'effort persiste ; la durée du travail n'est pas allongée. Les inhalations de chloroforme ne doivent se faire que pendant la contraction utérine et les doses seront minimes. La sensibilité cutanée doit demeurer toujours intacte.

Marius Rey.

NOTES & INFORMATIONS

— Conseil d'hygiène. — A la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, M. Goubaux a donné lecture d'un rapport concluant à la nécessité pour l'administration d'inviter les municipalités des communes suburbaines à créer, dans un bref délai, des abattoirs publics, de façon à faire disparaître les tueries particulières des bouchers et des charcutiers. Ce rapport a été adopté.

A la suite de plusieurs cas de *nécrose phosphorée* qui se sont produits dans le personnel employé à la fabrication des allumettes chimiques, M. Brouardel a été prié d'indiquer les mesures qu'il y aurait lieu de prescrire pour empêcher le retour de ces accidents.

Sur la proposition de M. Brouardel, et après des observatious de MM. Rochard, baron Larrey, Linder, Riche, Troost, Lancereaux et Lépine, le Conseil émet l'avis qu'il y a lieu de faire examiner tous les mois, par un dentiste, les dents des onvriers fabriquant les allumettes chimiques, tant qu'on n'aura pas substitué le phosphore amorphe au phosphore blanc, ce qui serait à tous les poiots de vue très désirable.

M. Brouardel fait connaître que les vapeurs d'essence de térébenthine sont employées dans les fabriques d'allumettes comme moyen prophylactique de la nécrose phosphorée, et il demande au Conseil quel est la valeur de ce procédé.

MM. Péligot et Lancereaux ne sont pas persuadés de l'efficacité des vapeurs de térébenthine comme moyen prophylactique, bien que l'essence de térébenthine soit employée avec succès contre l'intoxication phosphorée.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il serait bon de faire des expériences.

Le Conseil charge MM. Brouardel, Troost, Lancereaux, Trélat, Riche et Péligot de l'examen de cette question.

— Prophylaxie de la pelade. — M. le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux préfets et aux recteurs une circulaire relative à la prophylaxie de la pelade. Voici les dispositions prescrites à ce sujet :

Pour les Ecoles maternelles et les classes enfantines, tant qu'un certificat médical n'aura pas attesté la guérison, la non admission ou l'exclusion seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

Dans les autres écoles, les instituteurs seront autorisés à admettre les élèves atteints de pelade, après avoir préalablement reçu un certificat médical attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve de l'observation des prescriptions ci-dessous.

Les enfants peladiques devront être séparés pendant les classes et isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, admis on conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux, la tolérance cesserait aussitôt.

Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évités en obligeant les péladiques à maintenir leur tête converte ou au moins la surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer aucun objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui ont été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiffures sera sévèrement interdit.

R. F. D.

NOUVELLES

Concours. — Un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Deux concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy :

1o Le 1er juin 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Reims ;

2o Le 6 juin 1889, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours,

— M. Imbert-Goubeyre, professeur d'hygiène et thérapeutique à l'Ecole de médecine de Clermont, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1888.

— M. le docteur Nepveu est nommé professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

M. le docteur Roux, chargé de cours à l'Ecole de médecine de Marseille, est nommé professeur de thérapeutique à ladite Ecole.

M. le docteur Fallot, suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale à ladite Ecole, en remplacement de M. Pauchon, dont la délégation est expirée.

— M. Breton, professeur de pharmacie et toxicologie à l'Ecole de médecine de Grenoble, est admis, sur sa demande et à partir du 1er novembre 1888, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Breton est nommé professeur honoraire.

— M. le docteur E. Belle, décédé le 8 septembre dernier, à Moissac, a légué, à l'Association générale des médecins de France, sa fortune, évaluée a plus de 100,000 fr., pour fonder des secours de 500 fr. aux médecins malheureux.

— M. le docteur Donnet, de Limoges, ancien député, a été élu sénateur du département de la Haute-Vienne.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 7 au samedi 13 octobre 1888.

Fièvre typhoïde 7.— Variole 1.— Rougeole 10.— Scarlatine 2.

— Coqueluche 3. — Diphtérie, croup, 24 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 185.— Autres tuberculoses 30. — Tumeurs : Cancéreuses 50.— Autres 11. — Méningite 34. — Congestion et hémorr. cérébrales 40. — Paralysie 7.— Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 54.— Bronchite aiguë 16. — Bronchite chronique 39. — Broncho-pneumonie 17.— Pneumonie 36. — Gastro-entérite : Sein 22. — Biberon 94. — Autres 4 — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 28. — Sénilité 32. — Suicides 14. — Autres morts violentes 16.— Autres causes de mort 181. — Causes inconnues 12.— Total de la semaine: 986 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par les docteurs Miot et Baratoux. Deuxième fascicule : De l'hygiène de l'oreille.—Maladies de l'oreille externe. Un volume in-8° avec 32 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Prix des fascicules 1 et 2. Un volume in-8o, avec 161 figures intercalées dans le texte : 10 francs. — Le troisième et dernier fascicule paraîtra fin octobre. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin consultant à la Bourboule. Nouvelle édition. — 1 vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables, par le docteur Victor Parant, directeur de la maison de santé de Toulouse. Un volume in-8o de 420 pages.—Prix : 7 fr. Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité pratique de bactériologie, par E. Nacé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-12 de 711 p., avec 173 figures. — Prix : 8 fr.—Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier par le docteur Baumel, professeur agrégé. Tome 2e : Pathologie des annexes. Un volume in-8o avec 3 planches lithographiées. — Prix : 8 francs. — Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8o : 17 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix : 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Du mécanisme de la délivrance et de l'intervention du praticien dans cette période de l'accouchement, par le docteur G. Tournay. Un volume de 136 pages, avec 3 planches et 13 figures dans le texte.—H. Lamertin, libraire-éditeur, rue du Marché-au-Bois, 33, à Bruxelles.

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, professées à l'hôpital Necker par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, recueillies et publiées par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux. Un fort volume in-8o de 1,112 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Conférences cliniques sur les maladies des femmes, par M. le docteur G. Bernutz. Un volume in-8° de 790 pages. — Prix : 15 francs. — Paris, librairie G. Masson, 120 boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

MÉDECINE LÉGALE

La famille Mercier (affaire de Villemomble). — *Premier interrogatoire de Sidonie et d'Honorine Mercier à la Préfecture de police. — Honorine Mercier à la Salpêtrière en 1866* (Responsabilité des aliénés raisonnants), par le docteur Adrien Pozzi.

Lorsque nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Falret à la Salpêtrière, nous avons, sur le conseil de notre cher maître, suivi la consultation spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police. Là, nous fûmes reçus avec l'affabilité la plus grande par Legrand du Saulle, et pendant plusieurs mois, ce maître regretté ne cessa de nous instruire avec une bienveillance, dont nous ne perdrons pas le souvenir.

Survint le crime de Villemomble. On venait de découvrir dans le jardin d'une vieille dame, disparue depuis quelque temps, les ossements de la victime. La famille Mercier, au service de Mme Ménétret, fut arrêtée. Deux des accusés furent immédiatement amenés à la Préfecture de Police, pour y être soumis à l'examen de Legrand du Saulle, qui devait statuer provisoirement sur leur sort. Nous eûmes la bonne fortune d'assister à ce premier interrogatoire, que nous avons recueilli presque mot pour mot. L'on ignorait à ce moment, que l'une des Mercier avait été enfermée déjà dans un Asile; cependant, un journal, le Figaro, avait, le matin même, parlé d'une séquestration antérieure d'Honorine Mercier. Le fait était de la plus extrême importance, puisqu'il était question d'une simulation possible de folie. Legrand du Saulle s'en informa auprès du Bureau des aliénés à la Préfecture; il n'existait aucun dossier. C'est dans ces conditions d'infériorité, que fut rédigé le premier rapport sur l'état mental de Sidonie et d'Honorine Mercier. Nous fîmes, de notre côté, des recherches à la Salpêtrière, et nous pûmes trouver le dossier officiel d'Honorine Mercier, qui a dû, avec tant d'autres, être brûlé à la Préfecture, pendant la Commune. Mais, de plus, nous avons retrouvé dans les Archives particulières du Service, alors le service de Moreau de Tours, une courte observation fort intéressante en l'espèce, rédigée par l'interne de la Section, à cette époque.

L'affaire Mercier est actuellement bien connue. Elle a été exposée et expliquée dans des rapports successifs livrés à la publicité (1); dernièrement encore, le professeur Ball revenait sur les Mercier dans une leçon à la Clinique de Sainte-Anne. Mais, vu l'importance et le retentissement de cette affaire, nous avons pensé, qu'il n'était pas inutile, peut-être, d'ajouter une feuille de plus au dossier de cette famille. C'est ce qui nous a engagé à publier ces documents :

C'est le 21 août 1885, que Sidonie et Honorine Mercier furent interrogées à l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de

(1) *De la responsabilité partielle des aliénés*, par le prof. Ball, in Encéphale, 1886.

FEUILLETON

Etudes de médecine militaire.

Suite. — Voir le numéro précédent.

II

Sans doute, l'adjonction de l'officier du génie et de l'Intendant avec leurs lumières bilatérales est une mesure à louer, plus encore le choix de MM. Kelsch et Nogier, qui ont l'expérience nécessaire sans en être appesantis.

Mais, pour le Comité de Santé comme pour tous autres, il est à craindre que les jeunes de 45 ans se gardent d'avoir trop d'esprit, de peur de vivre peu, et trop d'idées pour ne pas courroucer les sexagénaires dont le froissement est redoutable.

En ces assemblées, la Fortune n'aime pas les audacieux.

Il y a à prévoir un mutisme « discipliné », mais infécond.

Et qu'on se garde bien de novations quelconques, sachant par une expérience d'Annuaire que le chemin de l'Avancement est ailleurs.

∴

J'eusse préféré tout uniment qu'on demandât à une centaine de principaux et de majors de 1re classe leur jugement écrit et motivé sur les réformes en fonctionnement personnel ou matériel de paix et de guerre; puis, pour ne pas juger « sur papiers » (bien qu'on fasse l'Avancement sur ce mode) qu'on interroge et *voie* les 20 premiers de ce Concours en initiative.

Cette 2e épreuve donnerait la sélection logique des 5 ou 6 membres « actifs » d'un vrai Comité de Perfectionnement.

Mais c'est trop simple.

Et puis de ce forage jailliraient peut-être des intelligences troublantes et, comme disent les Bureaux qui ont des mots d'ordre pour toutes les situations « des aventuriers d'idées », lesquels s'imposeraient pour les postes de Paris et pour le *choix*, et pour tout.

Au préjudice des fils, neveux et gendres des familles qui ont un arbre généalogique d'Avancement.

Tarare! comme dit Molière.

Police. Sidonie est introduite la première. Son attitude est réservée, défiante. Legrand du Saulle l'interroge : « Eh bien! que vous arrive-t-il? Où étiez-vous ces temps derniers? — Nous étions à Villemomble, avec mes sœurs et mon frère; notre sœur est propriétaire à Villemomble. — Mais, comment est-elle devenue propriétaire? — Mme la colonelle vous le dira. — Qui est-ce la colonelle? — Très bien......, j'y ai gagné 120 francs que j'ai dans ma malle. — Oui, mais comment votre sœur est-elle devenue propriétaire? — Parce qu'elle était chez Mlle Méoétret; avant, elle avait été chez la colonelle. On menaçait Mlle Méoétret de la tuer... un Italien; c'est pour cela qu'elle est partie. — Pourquoi menaçait-on Mlle Ménétret; elle était donc riche? — Oh! oui; ses parents allaient à la Cour! — Eh! bien, qu'est devenue Mlle Ménétret? — (*lentement et d'un air indifférent*) : Sais pas, moi; (*d'un ton confidentiel et à voix basse*) : Ma sœur doit le savoir. — Racontez-moi ce qui est arrivé l'autre jour. — (*Elle parle tout bas, en confidence*) : Oh! il y a eu une descente de police... On a fait fouiller dans un parterre, où étaient des gardénias... et ils ont, soi-disant, trouvé des os brûlés...— Et que disaient ces gens qui sont venus? — Des choses affreuses. — Mais enfin qu'est devenue Mlle Ménétret? — Ma sœur l'a fait partir... (*se reprenant*): non, l'Italien l'a fait partir; ma sœur était désolée. Je sais bien où elle est, dit ma sœur, mais elle a fait serment de ne pas le dire (*se reprenant*) : Je ne sais pas ..— Cela ne vous a pas paru étrange de ne pas voir Mlle Ménétret? — Non; elle avait toujours dit : « Je prendrai une maison et je vous y mettrai ». (*D'une voix attendrie*): Elle était bien aimable, Mlle Ménétret. Elle jouait si bien du piano! — Mais pourquoi voulait-elle vous offrir une maison? — Je ne sais pas; moi, je n'aurais pas accepté, mais je crois ma sœur de société avec elle.— Mais enfin, pourquoi Mlle Ménétret est-elle partie? — Mlle Ménétret était d'un caractère bien difficile... et ma sœur était locataire pour dix-huit ans... et si ma sœur ne paye pas 10,000 fr. à Mme Baillet, la propriétaire, tout est perdu. — Avez-vous eu des enfants? — Non, quoique j'eusse bien voulu, et j'aimais un Monsieur, mais il ne m'a jamais demandé en mariage (*Se disant, elle se tourne vers nous pour rire bêtement. Pendant toute cette partie de l'interrogatoire, elle prend un air bonnasse, et, tout en dodelinant de la tête, regarde en l'air, en souriant*).— Vous avez été sa maîtresse? (*d'un ton et d'un air égrillards*): J'en ai bien le droit. — Voulez vous que je vous dise qui était dans le parterre? C'était Mlle Méoétret... — Pauvre chère mademoiselle! (*D'un ton suppliant*) : Pourquoi me dites-vous cela? (*Faisant la moue*) : Oh! ne me dites pas çà... (*D'un air étonné*): C'étaient des os? — (*Confidentiellement et bas*): C'était un ancien cimetière. (*Puis elle se met à parler avec volubilité et d'une façon hachée*) : C'est triste... bien bonne, bien religieuse, Mlle Ménétret. — C'est peut-être l'Italien qui l'a fait partir? — Oh! non, ma sœur l'aurait vu... Ma sœur vous le dira. — Quelle sœur? Honorine? — Oui; oh! j'aime que vous disiez « Honorine ». (*Se tournant vers moi*): Ce Monsieur me rappelle mon père (*et se levant en souriant, elle allonge la main et essaye de caresser le menton de Legrand du Saulle*).

Après Sidonie, l'on introduit Honorine Mercier, qui arrive les mains croisées sur la taille; elle regarde à droite, à gauche, avec un air de satisfaction personnelle. Elle n'attend pas qu'on l'interroge, et à peine entrée : « Vous êtes physicien », demande-t-elle à Legrand du Saulle; je crois que nous sommes soumis aux magnétiseurs (*Elle nous regarde d'un air curieux et inquisiteur*). — Pourquoi le supposez vous? — Parce que j'ai étudié le magnétisme du temps de Mme *Lair*, la somnambule. *Maréchal*, le magnétiseur, a dit qu'il magoétiserait toute la maison par la puissance de la volonté; (*avec autorité*) : je sais tout à l'avance. — Vous avez eu des malheurs? De quand datent-ils? — Depuis que j'ai connu M. *Chateauneuf*. J'ai eu un enfant de Chateauneuf, puis un autre...— De *Chateauvieux*? (*Riant aux éclats*) : c'était en effet plutôt *Chateauvieux*.— Que faisiez-vous à Villemomble? — J'étais chez Chateauneuf, qui m'a donné la maison.— Et Chateauneuf?— Il est mort en 1873; il me fait une pension et mes enfants sont en Amérique (*Riant*) : Ils sont bien gentils, mes enfants. Nous habitions Villemomble depuis deux ans. — Avez-vous connu *Mlle Ménétret*?—Pourquoi me demander cela; vous le savez bien, vous êtes de la police. — Non; nous sommes des médecins. — Ah!... Elle est dans le Luxembourg; elle voulait se marier. — Mais pourquoi a-t-elle quitté Villemomble? — C'était pour fuir les obsessions d'un Corse marié; et vous savez ce que c'est que la vengeance Corse! Pour partir, elle s'est déguisée en homme, avec une perruque — Où est-elle allée? — Elle est allée rue du *Rocher*, au refuge *Saint-Joseph*; puis, sur mon conseil, car je suis magnétiseuse et connais le magnétisme, elle est allée dans le Luxembourg. — Vous connaissiez le Luxembourg? (*Souriant et d'un air étonné*). — Non; mais j'entendais des voix (vous allez dire que je suis folle) qui me parlaient de Strasbourg.... Luxembourg. —.Votre frère habitait-il Villemomble avant vous? — Non.— (Elle explique très bien ses affaires, les réparations faites et projetées à la maison). — Comment savez-vous que cette maison vous appartient? — Je sais que c'est à moi; des voix me l'ont dit. Elle vient de Chateauneuf. — Que s'est-il passé ces derniers jours? — Nous avons eu une descente de police; mais je savais cela depuis six mois; c'est pour cela que j'ai fait partir ma nièce... (*Puis elle s'excite, gesticule, rit, prononce des paroles incohérentes, des phrases qui ne tiennent pas debout; cette incohérente volubilité semble voulue*). — Qu'est-il résulté de cette descente de police?—

* * *

L'Ecole du Service de Santé qui devait s'ouvrir le 1er octobre à N (ce qui est le X de l'Aonuaire et le signe de l'indétermination) se trouve retardée par le vote en retard du Sénat.

C'est regrettable pour tout le monde.

Mais surtout pour les Conseils généraux de la Gironde, du Rhône, de la Haute Garonne et autres lieux qui, tout en ne séparant peut-être pas l'idée « d'octrois » de la Science pure, ne s'en sont pas moins prononcés avec une unanimité touchante, mais contradictoire chacun pour l'Ecole — chez soi.

On porte de l'intérêt à cette Ecole, en attendant qu'elle en fasse autant — et qu'elle paie de retour.

Si bien que le Directeur Dujardin-Beaumetz, qu'on a vu tons ces mois ci sur les routes en complet gris de « Voyageur en Ecole de santé », doit être embarrassé devant l'encombrement des offres qu'il est obligé de priser.

De fait, Bordeaux ou Lyon s'imposent, et le 1er peut-être davantage à raison de son éloignement de toute frontière menacée et de sa survie de fonctionnement pendant une guerre sur le Territoire; mais il convient d'attendre l'Adjudication.

En tout état de cause, il ne faudrait pas perdre une année, bien choisir dès aujourd'hui les Directeurs, Sous-Directeurs répétiteurs, tout le personnel, et fonctionner dès le vote du Sénat. Les cours commenceraient un peu plus tard, voilà tout.

Un de nos camarades nous adresse le Synoptique inédit suivant qui, en disant le rendement en travail utile de l'Ecole de Strasbourg pendant ses 10 trop courtes anoées, rend tangible l'urgence de création de l'Ecole nouvelle à N (toujours le signe de l'indétermination).

∴

Ecole du Service de Santé militaire de Strasbourg
1861-1870. — 10 années.

Années.	TRAVAIL UTILE — Nombre d'élèves reçus.	de stagiaires fournis par les élèves.	d'aide-majors	DÉCHET — Elèves licenciés.	Stagiaires licenciés.	Aide-majors démissionnaires.
—	—	—	—	—	—	—
1861	205	50	43	5	8	6
1862	79	38	32	12	5	5

On a dit qu'on a trouvé un corps mort, de femme.— D'où pensez-vous que cela vienne ? — Probablement ce sont des os d'hôpitaux, incinérés .. (Elle prononce des paroles incohérentes) mis là exprès pour des combinaisons diaboliques, depuis longtemps. — Et si c'était *Mlle Ménétrel?* — (*Avec force*) : Laissez-moi en liberté et je vous la ramènerai. — Mais j'aimerais mieux que vous me disiez où elle est. — Mes voix me le diront. — Eh ! bien demandez-leur ? (*Elle se recueille, fait des signes de croix, puis semble en prière, et se laisse tomber sur une chaise, où elle reste immobile un instant ; tout à coup, elle se relève brusquement, étend la main violemment — d'un geste impérieux, et crie de toute la force de ses poumons, en se tournant vers divers points du cabinet* : Infernal et maladroit ! *Puis tout cesse ; elle est calme.* — Eh ! bien, où est-elle ? — (*D'un ton angoissé*) : Pardonnez-lui, mon Dieu !... C'est l'affaire Duvernay. Duvernay est dans tout cela. — Qui l'a mise dans le jardin, *Mlle Ménétrel ?* — Ah ! elle y est (*Suppliant*): Cessez de me demander cela... Duvernay est seul coupable..... Enfermez ... (*Puis elle parle lentement, à mots comptés, très bas et avec un air de mystère*). Tout d'un coup : « Elle y est », clame-t-elle d'un air triomphant.

Nous avons rapporté, aussi fidèlement que possible ce que nous avons entendu, et nous avons laissé les observations que nous avons prises, sur le moment.

A la suite de ce double interrogatoire, nous ne savions que penser. Les réticences de Sidonie Mercier, ses réponses évasives et mesurées, quand il s'agissait de faits compromettants, cette préoccupation visible de ne pas engager sa sœur, quand il s'agissait de Mlle Ménétret, ses poses sentimentales, nous avaient mis en défiance. Mais c'est surtout Honorine Mercier qui paraissait chercher à nous tromper : ses réponses claires, posées, sans ambages, lorsqu'il s'agissait d'affaires indifférentes ; l'absence d'idées délirantes systématisées, et par contre son incohérence, ressemblant bien plus à un escamotage de mots et de phrases, qu'à un manque de suite dans les idées, et survenant alors seulement qu'on lui posait des questions précises ; enfin la dernière scène à laquelle nous venons d'assister, nous faisaient hésiter. Nous pensions que, peut-être, toutes deux simulaient par des procédés différents, et nous jugions que Sidonie, moins intelligente, avait été, dans le cas particulier, plus rusée qu'Honorine, cependant évidemment supérieure à sa sœur. Legrand du Saulle croyait aussi à une certaine supercherie de leur part. Il rédigea une pièce longuement motivée, où il demandait un nouvel examen pour donner un avis définitif. Il y avait un doute dans son esprit, doute qui disparut lorsqu'il connut, plus tard, les antécédents de la famille, documents dont disposèrent les experts.

Honorine, en effet, alors âgée de 33 ans, était entrée une première fois à la Section Pinel, à la Salpêtrière, le 16 novembre 1866, avec le certificat suivant de Lasègue : « *Persécutions imaginaires. — Plaintes aux autorités* » et Moreau de Tours donne comme diagnostic d'admission : *Délire de Persécution* (?) Sortie le 23 décembre 1866, elle rentre le 17 février 1867, et on trouve comme certificat d'entrée : *Délire de Persécution.* Elle sort le 8 avril 1868. Nous trouvons, en outre, sur son état mental à cette époque, les renseignements suivants : « Tout le délire se rapporte à M. Ch... C'est lui qui dirige ses actions, se mêle de tout ce qui la concerne, et toujours d'une façon malveillante. Nul mal ne lui arrive dont il ne soit la cause. Il l'empêche de trouver de l'occupation ; il a contribué, il y a de longues années, à la faire expulser de chez sa sœur, de Vienne (Autriche). Elle ne sort pas de l'idée qu'il faut qu'il l'épouse. Elle en parle sans cesse, à tout le monde. Envoyée à la Salpêtrière, par suite d'une lettre écrite par elle au Préfet de police et à un magistrat, lettre dans laquelle elle prie ces personnes, d'intervenir auprès de son ancien amant, pour la faire épouser. Une sœur aînée, qui l'avait recueillie chez elle, et l'employait à ses travaux, était comme tout le monde obsédée par ses plaintes, ses supplications d'aller parler à M. Ch... La malade criait assez haut, s'emportant au point d'ameuter les gens qui traversaient le passage du Saumon, où habitait sa sœur, au rez-de-chaussée (Déclaration de la sœur).

Une autre sœur cadette partage, paraît-il, toutes les idées de la malade, et la seconde dans toutes les démarches relatives à son amant. Je l'ai fait prier de venir me parler ; mais elle refuse, dans la crainte, dit-elle, qu'on la retienne avec sa sœur. Ce M. Chateauneuf agit sur elle par le magnétisme à distance ; de là, sa plainte au Préfet de police, pour le supplier de la délivrer de ses tourments ».

Dès que nous eûmes ces documents, nous en fîmes part à notre maître ; il n'y avait pas de doute ; c'était une famille d'aliénés. Dans ce premier rapport, Legrand du Saulle affirmait sa conviction que, dans les actes et dans les paroles de ces deux femmes, et surtout d'Honorine, il y avait une part

---

1863	71	47	43	14	2	4
1864	95	52	51	4	2	3
1865	74	60	55	17	4	9
1866	78	70	61	9	2	10
1867	80	60	51	13	4	9
1868	84	75	65	11	4	19
1869	93	71	58	8	3	5
1870	108 (1)	70 (2)	70	10	»	»

***

Donc, 621 élèves ont fourni 593 stagiaires, donnant 529 aide-majors entrant dans l'Armée.

Soit une moyenne annuelle de 53 officiers du Corps de Santé militaire et, comme le montre le Tableau, cette proportion allait s'accroissant chaque année ; aussi le nombre d'élèves.

Le déchet des Stagiaires est d'à peine 6 0/0 ; celui des élèves licenciés allait s'atténuant, malgré les grossissements de l'effectif. C'est que chaque année l'esprit de corps, la tenue, la discipline, les études, s'élevaient de niveau ; les promotions anciennes, recevant leurs « fœtus », les modelaient rapidement. Et l'on peut dire que c'est cette *Vie militaire*, cette fusion uniforme, qui est l'argument de force en faveur de l'Ecole nouvelle.

Quant aux démissions, il y en aura toujours, par suite des vocations comprimées qu'on houcle *franco* dans une carrière économique où les parents vous « établissent » sans dot.

Ils seront éternels ces démentis donnés à la Providence paternelle et aux Conseils de famille par ce qu'on appelle des « natures ».

Dr A. CHASSAGNE.

(A suivre.)

(1) Il restait à l'Ecole en 1870 346 élèves qui firent vaillamment leur devoir à Strasbourg et sur la Loire : Plusieurs furent tués.

(2) Il n'y eut pendant les dix années que 31 stagiaires reçus par Concours direct au Val-de-Grâce.

— Le Conseil d'Etat vient d'autoriser l'Association générale des médecins de France à accepter le legs de 100,000 fr. que lui a fait M. le docteur Belle, de Moissac, pour fonder des secours de 500 fr. aux médecins nécessiteux

d'exagération voulue, et nous croyons qu'il conserva, par la suite, cette opinion. Cette exagération du délire, cette sorte de *pose*, n'est pas rare chez certains aliénés, et lorsqu'on a vécu journellement un certain temps avec eux, l'on a pu observer assez souvent, le luxe de détails et de gestes, dont ils ornent leurs idées délirantes, réelles cependant, lorsqu'on a l'air de s'intéresser spécialement à eux.

Des quatre personnes impliquées dans l'affaire de Villemomble, trois : Camille, Sidonie et Honorine Mercier, ont été déclarées irresponsables, et sont actuellement à Sainte-Anne. Quant à Euphrasie Mercier, déchargée seulement en partie de la responsabilité du crime, elle a été condamnée. M. le professeur Ball a fait un tableau saisissant de l'état mental de cette femme : « Que voyons-nous? dit-il. D'une part, un crime commis; non seulement avec préméditation, mais avec un luxe extraordinaire de précautions et de combinaisons savantes ; une habileté remarquable dans l'échafaudage des opérations financières, destinées à faire passer la fortune de la victime, dans les mains de l'assassin ; enfin la fusion parfaite d'une remarquable intelligence, avec une absence profonde de sens moral. D'autre part, un état de folie héréditaire s'étendant à tous les membres d'une même famille, presque sans exception, et présentant les caractères les plus évidents du délire religieux : d'une part, le type achevé de l'intelligence mise au service du crime ; d'autre part, les indices les plus manifestes de l'aliénation mentale. » (Loc. cit.)

C'est cette forte individualité, cette supériorité intellectuelle, cette habileté dans l'accomplissement du crime, et dans sa dissimulation, qui lui ont valu cette situation à part. Chez elle, dit le professeur Ball, il y avait deux existences : une vie consacrée aux rêves ; l'autre aux réalités. C'est dans cette dernière qu'on a placé son forfait. Ces deux existences, cependant, ne semblent pas, d'après le rapport des experts, aussi indépendantes, qu'il semblerait au premier abord. Ce désir de posséder, a été le caractère dominant de cette femme, le but de son activité maladive ; sa vie mystique, est associée à des rêves d'argent. Dans son interrogatoire, elle raconte avoir eu une vision, où on lui dit de *thésauriser*.

Pour supérieure qu'elle semble être au reste de la famille, elle n'en subit pas moins l'influence d'Honorine ; si Euphrasie régle les affaires de la vie, c'est Honorine qui est la directrice mystique. Mais il est un point, qui nous semble ressortir, dans le document que nous publions, et qui n'apparaît guère dans les extraits de l'interrogatoire de Sidonie et d'Honorine Mercier, publiés dans le rapport des experts : c'est leur part dans le crime. Elles étaient évidemment du complot, et ont été plus que des comparses, mais des complices actifs et intelligents. N'ont-elles pas, comme Euphrasie, gardé deux ans durant le secret, essayé par leurs manifestations étranges, d'égarer la justice, dissimulé avec une habileté voulue et entendue, mesurant leurs paroles et cachant leur participation au crime et sa connaissance, par des procédés, variant dans la forme, mais identiques au fond? Euphrasie était la maîtresse-femme de l'association, mais ses sœurs n'en étaient pas des non-valeur. Et cependant, elles ont bénéficié de conclusions les innocentant, tandis qu'Euphrasie, aliénée comme elles, jugée partiellement responsable, purge sa peine. Loin de nous la pensée d'accuser un rapport signé : Blanche, Ball et Mottet. Aussi bien, ne s'agit-il pas ici d'un fait particulier, mais d'un point de doctrine.

C'est à Pinel que les aliénés doivent la reconnaissance de leur irresponsabilité. En France, avec Pinel, puis Esquirol, son élève, on admit tout d'abord, l'irresponsabilité absolue, totale des aliénés. L'on pensa ainsi jusque vers 1850. En 1852, il y eut à la Société médico-psychologique de Paris, une discussion mémorable à ce sujet, et Belloc soutint la thèse de la responsabilité partielle de certaine aliénés. Il s'agissait surtout des Raisonnants, à la classe desquels appartiennent les malades qui nous occupent. Legrand du Saulle admettait aussi la responsabilité partielle, et parmi les arguments invoqués par lui, il citait l'observation d'un malade, un persécuté, qu'il avait accompagné en voyage et qui lui avait dit : « Si j'infligeais une bonne correction à l'un de ces individus qui se permettent parfois de m'insulter dans la rue, je pourrais n'en être pas responsable, car le désir de me venger de ces outrages m'aurait aveuglé; mais si je venais à vous prendre votre porte-monnaie, je ne serais qu'un voleur, voilà toute la différence. » (1). L'argument n'est pas péremptoire ; ce malade, comme beaucoup, avait lu ses auteurs et les raillait ; c'était une boutade d'aliéné. Mais il n'y avait pas dans ses paroles, la reconnaissance de son délire ; cet homme eut probablement fort bien vu la paille dans le cerveau de son voisin, mais ne s'apercevait certainement pas de la poutre qui faisait dévier sa raison.

Falret père, a combattu avec force cette fragmentation indépendante de l'intelligence, et cet isolement du délire. Falret fils a repris et défendu avec autorité, la doctrine de la solidarité des actes intellectuels (2).

Un aliéné ne devrait pas, dit-on, bénéficier de l'impunité, si l'acte qu'on lui reproche, a été accompli en dehors de son délire, ou avec la conscience du fait répréhensible qu'il commettait. Mais qui ne sait, parmi les aliénistes, combien est difficile cette distinction, et combien sont mélangées les deux vies qui, comme chez Euphrasie, se partagent leur existence. Les actes les plus naturels, en apparence, ont leur idée délirante comme motif et pour but. Le malade de Legrand du Saulle, eût-il volé, n'en aurait pas moins été irresponsable de cet acte, qui semblait en dehors de son délire; car c'est pour démontrer la liberté de ses déterminations et justifier ses conceptions délirantes, qu'il se serait rendu coupable de ce délit.

Chez les aliénés raisonnants, et surtout chez ceux qui ne vivent pas en liberté, outre les idées délirantes qui les dirigent, il est une autre préoccupation qui les obsède : la justification de leur délire; elle peut même, en apparence, dominer la première. Un malade s'imposera une discipline sévère, accomplira les actes les plus raisonnables, fera montre de son jugement sain en mille circonstances, pour expliquer et justifier ses idées délirantes, et il est souvent d'autant plus difficile de les distinguer et de les reconnaître, que la conception maladive peut avoir pour point de départ un fait vraisemblable on même vrai, être juste en elle-même, et n'être faussée que dans son objet. La fertilité d'invention et la force de dissimulation est parfois étonnante, chez ces malades.

Un persécuté, homme du meilleur monde et d'une éducation parfaite, fit venir un avocat dans l'atelier dont on lui laissait l'entière disposition, et là, levant au-dessus de sa tête un énorme marteau : « Je ne suis pas maître de mes actes, dit-on; mais si je voulais vous tuer en ce moment, je le pourrais... »

(1) Legrand du Saulle : *La Folie devant les Tribunaux*, p. 57.
(2) Voir art. *Responsabilité des Aliénés*, in DICT. ENCYCLOP.

Ce même malade, que nous avons connu, jouissait de la plus complète liberté dans un parc, et il ne s'échappait cependant pas, pour ne point paraître justifier, par une fuite, son internement. N'était-ce point parler d'or, et qui eut soupçonné le délire d'être de moitié dans sa sagesse ? Or, en réalité, s'il restait, c'est qu'il croyait ses ennemis à la porte, guettant sa sortie. Il n'est pas de médecin ayant fréquenté et suivi ces malades, qui ne puisse citer des exemples nombreux de faits analogues. On ne peut juger le degré de responsabilité d'un aliéné raisonnant d'après l'étendue de sa raison laissée intacte. Plus, au contraire, un aliéné possède encore de vigueur intellectuelle, plus il est difficile d'apprécier dans ses discours et dans ses actes la part de son délire; il couvre, sous les fleurs de son intelligence, son idée parasite, la défend de toutes les ressources de son esprit. C'est le point de départ, les prémisses qui sont mauvaises, le malade a aiguillé sur une mauvaise voie ; mais les déductions peuvent être d'une rectitude impeccable et défendues avec un bon sens parfait.

C'est pour cela qu'un seul examen ne saurait souvent permettre de juger un aliéné ; aussi Legrand du Saulle, après ce premier interrogatoire, réclamait-il de plus amples informations. On ne peut décider de la responsabilité d'un aliéné d'après l'acte lui-même, et l'analyse exacte des mobiles de son action est dans bien des cas impossible à faire.

Ce raisonnant, est un malade qui doit être soumis aux mêmes règles d'observation que les autres malades. La folie, comme une maladie aiguë ou chronique, doit être étudiée dans ses origines, dans ses symptômes et dans leur association, enfin et surtout, dans sa marche. Notre maître, J. Falret, ne cesse d'insister avec force sur cette méthode rigoureuse, nécessaire pour classer les maladies mentales. C'est l'observation clinique seule qui permet de juger les aliénés. Or la clinique démontre la difficulté extrême, sinon l'impossibilité, de la distinction du délire et des actes, quelqu'ils soient, que commet un aliéné raisonnant; il y a toujours au moins doute : il doit en bénéficier. La société ne cherche pas, dans la condamnation, une vengeance, mais une sauvegarde. N'est-elle pas suffisamment défendue par la loi sur les aliénés ? Cette condamnation ne saurait être, croyons-nous, une mesure préventive, et la pensée du châtiment n'empêchera pas un aliéné de commettre un délit. M. le professeur Ball cite des aliénés, qui se vantaient de leur irresponsabilité ; nous ne pensons pas que ce sentiment là, ait pu, on puisse pousser, un aliéné à commettre un crime ; nous doutons même que ce sentiment existe réellement chez ces malades. La revendication de la responsabilité, est un des caractères dominants des aliénés raisonnants. La peur du châtiment n'ayant pas d'influence décisive sur la détermination des aliénés raisonnants, leur condamnation (toute autre question écartée) est inutile.

L'irresponsabilité de ces aliénés ne nous empêchera point, comme le pense le professeur Ball, d'admirer Newton, qui fut aliéné, ni Pascal, dont la raison s'égara à plusieurs reprises, ni Luther, parce que ce grand réformateur eut des hallucinations. Ce n'est pas tant ces hommes, que leur influence sur l'humanité (ramenée au moi), que nous admirons ; et si nous en faisons remonter l'honneur jusqu'à eux, c'est que notre raison a besoin d'une personnification et notre reconnaissance d'un objet.

Est-ce à dire, que tous les déséquilibrés devront être « élevés à la dignité d'aliénés », et être absous ? Non pas. Sur eux, le châtiment peut avoir de l'influence. Chez ces boiteux de l'intelligence, et ces infirmes de la volonté, une série de peines, créant des motifs gradués de détermination, pourra contrebalancer les impulsions, contraires à l'ordre et au bien-être de la collectivité, et une orthopédie pénitentiaire, sagement conduite, arrivera, peut-être, à redresser les torts de leur cerveau.

Un aliéné, par définition, ne s'appartient pas ; les actes qu'il commet ne sauraient donc lui être imputés. Il n'y a pas d'aliéné criminel, si par ce dernier mot on entend donner une qualification morale à l'action commise. Empêchons-les de nuire et soignons-les, mais ne les punissons pas et ne les flétrissons pas d'un jugement.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Hystérie saturnine. — Monoplégie brachiale, par A. Dutil, interne des hôpitaux.

La question des rapports de l'hystérie et du saturnisme est de date toute récente. Très étudiée dans ces derniers mois, elle a été l'objet de publications importantes où des opinions nettement adverses se sont fait jour touchant l'origine et la nature intime des manifestations hystériques ou hystériformes observées chez les saturnins. Mais la plupart de ces opinions ont été émises, non sans d'expresses réserves. L'hystérie saturnine est-elle une hystérie à part, un effet toxique ? Ou bien n'est-elle au fond que de l'hystérie banale, développée à la faveur de l'intoxication plombique et parfois un peu modifiée dans ses allures par le terrain spécial sur lequel elle se développe ? Tel est le problème posé, mais encore non complètement résolu.

L'observation que nous rapportons ici, à titre de simple document, nous semble présenter un réel intérêt. Elle est, croyons-nous, le premier exemple de monoplégie brachiale, à type nettement hystérique, qui ait été observé chez un saturnin. Dans le fait si remarquable étudié par notre excellent maître, M. le professeur Potain, la paralysie, on le sait, était cantonnée ou tout au moins largement prédominante dans les muscles extenseurs. Tout hystérique qu'elle était par ses autres caractères, elle gardait ainsi par sa localisation un des traits les plus caractéristiques de la paralysie saturnine (1). Chez notre malade, la répartition de l'élément paralysie, les contours de la zone anesthésique, l'action efficace de l'aimant, tout concorde à peu près exactement avec la description des monoplégies hystériques tracée par M. le professeur Charcot dans ses leçons de la Salpêtrière :

Le nommé Cross... (Etienne), âgé de 36 ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital de la Charité le 8 août 1888, salle Bouillaud, lit n° 10, dans le service de M. le professeur Potain.

Antécédents héréditaires. — Pas d'hérédité névropathique.

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de 8 ans. Fièvre typhoïde à 22 ans. Aucune autre maladie grave. Ni syphilis, ni alcoolisme.

Cet homme avait gardé jusqu'à ces dernières années une santé parfaite. D'une taille au dessus de la moyenne, d'une constitution très robuste, il a fait campagne en 1870. Durant la guerre, il reçut un coup de feu au tiers inférieur du mollet gauche. Le trajet de

(1) Potain. Leçon clinique du 7 janvier 1887, publiée le 4 septembre 1887. *In :* Bulletin médical.

la balle n'intéressait que les parties molles, la cicatrisation s'effectua assez rapidement et la guérison fut complète, ce traumatisme n'ayant laissé après lui aucun trouble, ni du mouvement, ni de la sensibilité dans le membre atteint.

Cross... exerce le métier de peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans. Ce n'est qu'en 1882, il y a six ans, qu'il a éprouvé le premier accident imputable à l'intoxication saturnine. Il consista en une colique de plomb, bien caractérisée par des douleurs abdominales très violentes, des vomissements et une constipation opiniâtre qui résista pendant huit jours à des purgatifs salins répétés. Il entra pour cet accès de colique à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Potain. Après deux jours de traitement, les douleurs abdominales s'apaisèrent, en même temps que cessait la constipation.

Mais, le lendemain du jour qui marqua la fin de l'accès, il fut presque subitement frappé d'hémiplégie. Voici les détails circonstanciés qu'il nous donne sur ce nouvel incident. En se levant de son lit, au moment où il posait les pieds à terre, sa jambe gauche fléchit tout à coup sous lui et il tomba sur le parquet. On le releva aussitôt et il fut replacé dans son lit. Tout le membre inférieur gauche était complètement paralysé, incapable d'exécuter le moindre mouvement. Cette paralysie, venue subitement quelques instants après le réveil, ne fut précédée ni accompagnée d'aucun étourdissement, d'aucune sensation anormale, d'aucun trouble même très vague et rappelant de près ou de loin les phénomènes habituels de l'aura hystérique.

Le surlendemain, le malade remarqua que son bras gauche s'affaiblissait; le même jour, sa bouche se dévia vers le côté gauche, et il se trouva dès lors complètement paralysé du membre inférieur gauche, faiblement parésié du bras du même côté, avec une déviation très accusée de la commissure labiale gauche qui était tirée fortement en dehors. Sur tous ces points, les assertions du malade sont très nettes et très précises.

Dans les examens qui furent pratiqués les jours suivants, il se souvient qu'on constata une diminution de la sensibilité dans toute la moitié gauche du corps et aussi un affaiblissement très prononcé de l'acuité auditive et de l'odorat du même côté.

On l'électrisa, et la sensibilité revint rapidement. Mais, malgré les séances d'électrisation presque quotidiennes auxquelles il fu soumis, la paralysie persista pendant trois mois et demi. Alors la bouche cessa d'être deviée, puis, petit à petit, le membre supérieur d'abord et le membre inférieur en dernier lieu recouvrèrent leur motilité. Le retour du mouvement se fit avec une très grande lenteur, et, quand le malade quitta l'hôpital pour aller à l'asile de Vincennes (six mois après le début de l'hémiplégie), il était encore obligé de s'aider d'un bâton pour pouvoir marcher. Après un séjour de trois semaines à l'hospice des convalescents, la guérison était complète et il reprit son travail.

En 1883, trois ou quatre mois après la guérison de l'hémiplégie, Cross... eut une deuxième attaque de colique saturnine, pour laquelle il passa une huitaine de jours à l'Hôtel-Dieu.

En mars 1884, troisième colique de plomb.

En janvier 1886, quatrième colique; enfin, il y a six mois, cinquième et dernière colique, qui dura six ou sept jours.

Ces atteintes successives de colique saturnine n'avaient été suivies d'aucune paralysie nouvelle, d'aucun trouble de la sensibilité. Mais, il y a trois semaines, Cross... ressentit tout à coup, en travaillant, des fourmillements dans tout le membre supérieur gauche.

Cela persista pendant cinq ou six heures. Mais ce jour-là, tant que durèrent les fourmillements, le bras, au dire du malade, n'était nullement affaibli; il put continuer son travail sans fatigue; seulement, dit-il, à chaque mouvement un peu brusque du bras, il le sentait comme piqué par des milliers d'épingles.

Le lendemain, les picotements n'existaient plus, mais le membre était devenu faible. Cette faiblesse s'est accentuée progressivement, et, il y a huit jours, le malade a dû cesser tout travail; depuis, le bras est presque inerte. Le membre inférieur et la jambe n'ont été le siège d'aucun trouble de la motilité, ni de la sensibilité. Le membre supérieur gauche est seul intéressé.

Ce malade n'a eu, à aucune époque de sa vie, ni pertes de connaissance, ni convulsions, ni syncopes, ni aucune sensation ayant quelque analogie avec les phénomènes propres à l'aura histérique.

État actuel (9 août 1888). — A la face, aucune deviation des traits. La langue est très droite, les mouvements des paupières et des globes oculaires s'exécutent normalement.

Le membre inférieur gauche n'est intéressé à aucun degré par la paralysie.

Le *membre supérieur gauche* seul est paralysé.

Il s'agit d'une monoplégie totale, flasque, très accusée, mais non absolue. Le malade peut encore élever un peu l'épaule, écarter légèrement le bras du tronc, mais c'est tout. La paralysie ne prédomine ni sur les extenseurs, ni sur aucun autre groupe musculaire; elle est répartie à peu près également sur tous les muscles du membre intéressé.

L'exploration dynamométrique donne les résultats que voici :

Main droite...... 47 k.
— gauche..... 0

Les réflexes tendineux du poignet et du coude sont très faibles. La contractilité électrique est très légèrement diminuée.

La sensibilité. — La sensibilité de la face, du membre inférieur gauche, de tout le côté droit, est normale.

Dans toute l'étendue du membre supérieur gauche, la sensibilité au contact et à la température est notablement diminuée. La sensibilité à la douleur (piqûre) est conservée.

La ligne au niveau de laquelle la diminution des sensibilités tactile et thermique cesse d'exister, est à trois travers de doigt au-dessous du creux axillaire, remonte en décrivant une courbe convexe en avant au-dessus du mamelon, puis atteint la ligne médiane vers la portion moyenne du cou; là elle se relève en un contour arrondi, dont le sommet est à quelques centimètres au-dessous de l'oreille, gagne la ligne médiane postérieure et redescend derrière l'omoplate et vers le creux de l'aisselle.

Sensibilité sensorielle. — L'acuité auditive est très amoindrie à gauche. Le bruit d'une montre cesse d'être perçu à 10 cent. du pavillon de l'oreille gauche et seulement à 40 cent. du pavillon de l'oreille droite.

Le goût et l'odorat sont normaux.

L'examen comparatif de l'étendue du champ visuel des deux yeux ne peut être pratiqué à cause de l'existence d'opacités cornéennes diffuses dans l'œil gauche.

Le 10 août, après avoir de nouveau régulièrement constaté l'état de la sensibilité, application d'un aimant. Le lendemain, la sensibilité était normale dans le membre supérieur gauche; il n'y a pas eu de transfert. Mais la paralysie persiste au même degré.

Dans les jours qui suivirent la monoplégie s'amenda un peu; le malade, qui était incapable, lors de son entrée à l'hôpital, de faire avancer tant soit peu l'aiguille du dynamomètre placé dans sa main gauche, arriva progressivement à donner une pression de 11 kilogr. Mais il sortit, sur sa demande, peu de temps après.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Laryngologie.

I. Un cas de périchondrite traumatique du larynx, par le docteur Lennox Browne. (*British medical Journal*, 28 avril 1888.) — II. Un cas de fracture du larynx, par le docteur Howard Fussel. (*Medical News*, 17 mars 1888.) — III. Un

cas de rétrécissement du larynx, avec conservation de l'articulation des sons, par le docteur C. Seiler. (*Medical Times*, 1 janvier 1888.) — IV. Membrane congénitale du larynx; laryngotomie et cathétérisme consécutif; guérison, par les docteurs Seiffert et Hoffa. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, no 10.) — V. Sur la chorée du larynx, par le professeur Tamburini. (*Archiv. ital. di laring.*, t. VIII, fasc. 3.) — VI. Sur la transformation éventuelle de tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes, par le docteur Semon. (*The Lancet*, 7 juillet 1888.)

I. Les cas de périchondrite traumatique du larynx sont rares; M. Lennox Browne vient d'en publier un qui offre quelque intérêt, eu égard à son évolution. En effet, ce cas montre que, contrairement à l'opinion défendue par la plupart des auteurs, la périchondrite laryngée n'abontit pas forcément à la nécrose de la masse cartilagineuse tapissée par la périchondre enflammé. Il fournit aussi la preuve que le périchondrite laryngée peut se développer indépendamment de la tuberculose, de la syphilis, de la carcinose ou de tout autre dyscrasie spécifique.

Le sujet de l'observation, un officier de marine, avait eu la « pomme d'Adam » contusionnée par un coup de coude, en se livrant à l'exercice du jeu de paume. L'accident datait du mois d'octobre de l'année dernière. Immédiatement après, une légère tuméfaction était apparue au siège de la contusion, en même temps qu'une douleur très violente. Pendant quarante-huit heures, le malade resta complètement aphone, puis il conserva de la raucité de la voix pendant quelques jours. Dans la suite, le malade éprouva une grande gêne pour se servir de sa voix, surtout dans le commandement; son registre n'avait plus la même étendue, du moins dans les notes supérieures.

L'examen laryngoscopique fit constater de la tuméfaction et de la rougeur au niveau du cartilage aryténoïde gauche, et une légère congestion de la portion cartilagineuse des cordes vocales. La palpation de la moitié gauche du larynx était assez douloureuse. Il n'y avait pas de dysphagie.

M. Browne prescrivit le repos complet de l'organe, des applications de compresses mouillées sur le larynx pendant la nuit, et des pulvérisations d'une solution d'iodure de zinc.

Les troubles laryngés se dissipèrent sous l'influence de ce traitement, sauf que la voix ne reprit pas toute son étendue normale, et que des entretiens un peu prolongés déterminaient de l'endolorissement du cou.

II. Un garçon de quatorze ans, en jouant au ballon, fut atteint au cou par ce genre de projectile. Il fut pris tout aussitôt de crachements de sang et de dyspnée. Il fit ensuite une centaine de mètres et tomba inanimé.

M. Fussel, appelé auprès du malade, trouva ce dernier sans connaissance, en état de cyanose, et crachant du sang. Le cou était aplati en avant; il y avait, à ce niveau, de l'emphysème sous-cutané, on percevait de la crépitation au-devant des cartilages thyroïdes.

M. Fussel se mit aussitôt en mesure de pratiquer la trachéotomie; le malade fut anesthésié au moyen de l'éther.

Pendant l'opération, la respiration vint à s'arrêter; il fallut recourir aux manœuvres de respiration artificielle.

Une fois la trachéotomie faite, le malade revint à lui. Malheureusement, la seule canule qu'on avait sous la main se trouvait être trop courte; le malade la rejeta à plusieurs reprises. Pendant les trois heures qui suivirent, son état resta très satisfaisant. Puis il retomba dans le collapsus, avec cyanose intense; à chaque mouvement respiratoire, il expulsait du sang. On percevait des signes de congestion pulmonaire. P., 90. Puis la respiration s'arrêta soudain, et le malade succomba. L'autopsie n'a pas eu lieu.

L'auteur incline à mettre l'issue fatale sur le compte de l'emploi des inhalations d'éther, inévitable, selon lui, dans ce cas. Il a relevé un total de soixante-dix cas de fracture du larynx, publiés par différents auteurs, et dont cinquante-quatre se sont terminés par la mort.

III. Il semble impossible, fait remarquer Seiler, qu'un malade affecté d'un rétrécissement du larynx infranchissable à l'air, et dont par conséquent les cordes vocales n'entrent plus en vibration, puisse faire entendre des sons articulés, même en chuchotant, car la prononciation des voyelles suppose la mise en vibration des cordes vocales. Or, l'auteur a observé un enfant de sept ans, porteur de papillones du larynx et qu'il avait fallu trachéotomiser pour remédier à une asphyxie imminente.

Le larynx était devenu absolument imperméable à l'air. Malgré cela, l'enfant continuait de parler d'une voix très distincte et nettement articulée, c'est-à-dire qu'il était arrivé à imiter les voyelles, en déformant sa bouche d'une certaine façon, en produisant un bruit de grattage spécial avec le bord de la langue frottant contre les dents inférieures, et en forçant alors l'air amassé dans l'arrière-gorge à s'échapper au dehors. Par un mécanisme analogue, l'enfant réussissait à prononcer les consonnes *b, p, s, t;* par contre, il lui était impossible de prononcer les consonnes muettes *h, m, n*, etc. Mais, avec un peu d'habitude, les personnes de l'entourage comprenaient facilement le parler du petit malade.

IV. Le sujet de l'observation de MM. Seiffert et Hoffa, une jeune fille de seize ans, présentait, depuis l'enfance, de la raucité de la voix et de la gêne respiratoire.

En l'examinant au laryngoscope, on découvrit que les parties fibreuses de ses cordes vocales étaient réunies entre elles par une membrane, transparente dans sa partie postérieure, et décrivant à ce niveau une concavité dirigée en arrière. Ce rebord concave subissait une forte tension au moment d'une inspiration un peu profonde, et se plissait lorsque la jeune fille faisait une tentative de phonation. Lorsque, au contraire, elle exécutait des mouvements inspiratoires courts et successifs en saccades, la membrane en vibrant produisait un son.

On essaya, mais en vain, d'enlever cette membrane avec l'instrument tranchant et de la détruire avec le galvanocautère. On se décida ensuite à pratiquer la laryngotomie. Une fois le larynx fendu sur la ligne médiane, on put se rendre compte que la membrane s'épaississait en avant, au point de combler à ce niveau la cavité laryngienne. On extirpa toute la masse de ce tissu pathologique, qui avait une consistance très ferme; les lèvres de la plaie laryngée furent réunies par des points de suture. Dès le quatrième jour, la jeune opérée pouvait se passer de canule trachéale. Une fois la réunion des deux moitiés du cartilage thyroïde bien consolidée, on dilata le larynx à l'aide d'une sonde en caoutchouc. Le ré-

sultat final s'est traduit par le retour complet de la phonation à l'état normal.

V. Le professeur TAMBURINI relate un exemple de cet état pathologique connu sous le nom de chorée du larynx, et que la plupart des auteurs considèrent comme n'étant qu'un incident de la chorée vulgaire, une localisation laryngée de cette névrose. Or, chez son malade, M. Tamburini a pu se convaincre que l'examen laryngoscopique ne donnait que des résultats normaux, l'affection se traduisant surtout, comme il arrive en pareils cas, par une toux spasmodique, rebelle aux ressources de l'art. Partant de là, M. Tamburini soutient que ce qu'on décrit communément sous le nom de chorée laryngée n'a rien de commun avec la chorée proprement dite; qu'il s'agit d'une affection ayant son point de départ dans un trouble de la sensibilité, une hyperesthésie de la muqueuse du larynx, suivant la théorie émise par Masséi. En raison de cette hyperesthésie, la moindre irritation qui atteint la muqueuse provoque, par le mécanisme des réflexes, des accès de toux convulsive, aboyante, etc. La vrai chorée, si elle se localise sur le larynx, doit se manifester par de l'incoordination motrice au moment des tentatives de phonation, incoordination constatable à l'aide du laryngoscope.

Que si la théorie de Masséi est exacte, on devra obtenir la guérison des troubles moteurs consécutifs à l'hyperesthésie du larynx, en calmant la sensibilité morbide de cet organe. Et, en effet, il a suffi à M. Tamburini de faire à sa malade trois inhalations d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20/0, pour obtenir la guérison.

VI. Dans le débat qui s'est élevé entre M. MACKENZIE et certains spécialistes allemands, au sujet des responsabilités encourues par les médecins appelés à donner des soins à l'empereur allemand Frédéric, le praticien anglais a reproché à son adversaire l'emploi intempestif de cautérisations trop rapprochées, qui auront vraisemblablement imprimé au néoplasme, bénin à son début, une transformation en tumeur maligne, cancéreuse. Pareille transformation s'observe-t-elle en réalité, et si oui, avec quel degré de fréquence? Pour résoudre cette question, dont l'importance pratique est facile à saisir, M. Semon s'est livré à une enquête très intéressante, en faisant appel à la collaboration d'un grand nombre de laryngologistes. Il a obtenu de 107 confrères, des renseignements qui portent sur un total de 10,747 cas de tumeurs bénignes, et de 1,550 cas de tumeurs malignes du larynx.

Des 10,747 cas du premier groupe, 8,216 (dont 3,382 cas de papillomes) ont donné lieu à une opération endo-laryngée; 32 fois seulement, on a pu constater la réapparition ultérieure du néoplasme sous forme de tumeur maligne. Encore était-il douteux, dans 16 de ces cas, si dès l'origine le néoplasme ne revêtait pas un caractère de malignité.

Des 513 cas qui n'ont pas été opérés, 12 peuvent compter comme des exemples de transformation d'une tumeur de bonne nature en tumeur maligne. La proportion est donc sensiblement la même pour les cas avec et les cas sans intervention opératoire.

La « provocation » est donc peu admissible, et on peut conclure, en fin de compte, que sur 513 cas de tumeur bénigne du larynx, on en rencontre 1 en moyenne, avec transformation ultérieure en néoplasme malin, et cela indépendamment de la nature du traitement institué.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA PRATIQUE DU MASSAGE, ACTION PHYSIOLOGIQUE ET EMPLOI THÉRAPEUTIQUE, par W. MURRELL, 1 vol. in-18 de 180 pages, traduit par le docteur O. JENNINGS, avec une introduction par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. — Paris, 1888, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Décidément, il existe une mode en thérapeutique. On ne saurait y contredire, car voici que la question du massage persiste à venir à l'ordre du jour.

Et pourquoi la pratique du massage n'aurait-elle pas à son tour la vogue?

Depuis tantôt quatre ans, n'avons-nous pas vu le livre de M. Norstrœm, puis celui du docteur Schreiber, puis aussi une réédition, augmentée, du beau travail de M. Estradère, attirer (1) notre attention?

Aujourd'hui, c'est une œuvre originaire de l'Angleterre qui nous ramène sur ce sujet. Il faut l'avouer, si ce fut Estradère, un Français, qui, en 1863, donna le signal d'une renaissance pour la pratique du massage, c'est surtout à l'étranger qu'on s'est aventuré avec empressement et non sans succès dans cette voie rouverte. M. le docteur O. Jennings vient donc de traduire de l'anglais, à l'usage des médecins français, le petit livre que M. W. Murrell, professeur à Westminster Hospital, a consacré à l'action physiologique et curative du massage. Et M. le docteur Dujardin-Beaumetz, toujours sur la brèche, lorsqu'il s'agit de thérapeutique, a fait précéder cette traduction d'une brillante préface.

Je n'essaierai pas de faire l'analyse de ce manuel. Il suffira de dire qu'il intéressera vivement le praticien et lui sera grandement utile, non seulement pour lui directement, mais aussi, par ricochet, pour ses malades. C'est d'ailleurs un livre qui se lit avec plaisir. On y trouve même d'humoristiques boutades. Exemple :

« Il y a quelque temps, je demandais à un confrère s'il employait beaucoup le massage dans sa clientèle. « — *Certainement*, répondit-il, *je m'en sers beaucoup; c'est mon valet de chambre qui masse.* » Après cela, je n'aurais pas été étonné d'apprendre que c'était son domestique qui appliquait l'électricité et que la fille de cuisine s'occupait d'obstétrique.

« Depuis la publication de la première édition de ce livre, ajoute l'auteur, j'ai reçu des lettres de personnes qui témoignaient le désir de faire du massage sous ma direction. J'ai reçu la visite de demoiselles, toutes plus ou moins intéressantes et incompétentes. Je me suis permis de leur faire observer qu'il était utile d'avoir quelques notions élémentaires sur ce sujet. »

Mais M. Murrell paraît bien exigeant pour les masseurs :

« L'affirmation de *The Lancet*, qu'il faut au moins deux ans pour acquérir l'habileté nécessaire à l'exercice du massage est, dit-il, exacte. »

De plus, notre auteur pense qu'il vaut mieux que le sujet vienne, autant que possible, chez le masseur; car il est assez difficile de masser convenablement quand on est fatigué par une longue course.

Mais alors combien donc faudrait-il de masseurs dans une ville de 20,000 habitants, par exemple? D'autant plus, que M. Murrell a bien d'autres exigences, car il ajoute :

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE de 1884, p. 307, et de 1885, p. 199.

« Le matin est le meilleur moment pour faire du massage; il n'est jamais utile d'employer une personne qui n'est pas sympathique au patient, ou qui a les mains moites et humides. Il faut apporter autant de soin dans le choix d'une masseuse que le fait le médecin dans le choix d'une nourrice pour un enfant. On ne doit jamais s'arrêter à une personne ayant une maladie constitutionnelle. »

Heureusement que M. Murrell n'a pas oublié de nous dire (p. 13) que, si pour « le frictionneur ignorant le massage guérit toutes les maladies, en vérité les indications en sont restreintes ».

Néanmoins, on hésiterait à contresigner cette déclaration après la lecture de son petit volume. En effet, pour M. Murrell s'appuyant sur la pratique du docteur Nostrœm, la migraine même (p. 130) est contribuable du massage.

Et cependant le sceptique reparaît par moments, rares il est vrai; ainsi nous lisons à la page 54 :

« Le massage a été conseillé dans l'alcoolisme chronique; mais, pour moi, rien ne peut réussir, dans ces cas malheureux, que l'abstinence totale de boissons fermentées. Si ces malades ne veulent pas s'astreindre à cette privation, ils n'ont qu'à s'adresser à un entrepreneur de pompes funèbres, et non à un médecin. »

Ce simple passage nous autorise à avoir de l'indulgence pour d'autres parties d'un livre où l'exposé des bienfaits des frictions méthodiques paraît peut-être un peu trop en beau, et même pour la conclusion, où l'auteur nous dit :

« Le massage est un agent thérapeutique de premier ordre et qui donne de bons résultats dans une foule d'autres maladies que celles que je viens de passer en revue sommairement. »

A vrai dire, après avoir lu cet ouvrage court, mais substantiel, on reste convaincu que le massage guérit tant de maladies qu'on se demande de quoi peut se composer *la foule d'autres maladies* dont l'auteur ne nous a pas parlé, et qui sont toutefois améliorées, sinon supprimées, par ce mode de traitement. Mais ces exagérations ne sont-elles pas naturelles chez des apôtres? Et cet enthousiasme surtout, éclos chez le sceptique que nous avons fait entrevoir, ne prêche-t-il pas en faveur d'une méthode longtemps décriée et par trop délaissée?

Dr Paul Fabre (de Commentry).

Etude sur les formes cliniques de la paralysie saturnine généralisée, par M. A. Le Meignen. — Thèse de Paris, 1888.

On sait, depuis Tanquerel des Planches, que le saturnisme produit quelquefois des paralysies qui se généralisent aux quatre membres et au tronc, parfois même au diaphragme.

M. Le Meignen a consacré sa dissertation inaugurale à étudier les formes que revêtent ces paralysies d'origine toujours périphérique et à les distinguer des paralysies spinales aiguës. L'auteur décrit deux formes :

1° Une forme lente, chronique, dans laquelle les symptômes paralytiques mettent plusieurs mois à envahir tout le corps;

2° Une forme rapide, aiguë, dans laquelle la généralisation se fait en quelques jours.

A ce dernier type se rattache la forme fébrile, très rare, qui débute par une fièvre plus ou moins intense, pouvant se reproduire dans le cours de la maladie, après une longue période d'apyrexie. Cet accès est alors le symptôme précurseur d'une aggravation de la paralysie. De cette forme fébrile, M. le professeur Renaut en a publié, ici même (Gazette médicale, 1878, nos 32 et 33), une observation bien remarquable.

Plus tard, ces paralysies se concentrent et finissent par se localiser sur un certain nombre de muscles, en particulier les extenseurs, qui s'atrophient avec rapidité.

Malgré la gravité apparente de certains symptômes, le pronostic est presque toujours favorable.

Dues à une névrite périphérique généralisée, ces paralysies doivent donc être distinguées des paralysies spinales aiguës.

Dr F. A. S.

Contribution a l'étude de la variole (spécificité, non inoculabilité), par Constantin K. Œconomou. — Paris, 1888.

M. Œconomou a consacré sa thèse à l'étude de la varicelle. Dans la première partie de son travail, il a cherché à démontrer que la varicelle est une affection complètement différente de la variole; en ce point, il eût pu ménager sa peine, car, s'il existe encore des unicistes, il n'en existe guère, surtout parmi les médecins qui ont étudié de près la question, chez ceux qui ont pu observer attentivement les faits qui se sont présentés à eux, ou suivre la marche des épidémies auxquelles il leur a été donné d'assister.

Quoiqu'il en soit, retenons que la varicelle est une affection contagieuse et spécifique, bien que, jusqu'ici, on n'ait pu réussir à l'inoculer; elle peut se montrer sporadiquement, mais plus fréquemment elle procède par épidémies. Son évolution est variable en tant que prodromes; ceux-ci peuvent manquer ou être à peine marqués. L'incubation semble durer seize jours (chiffre peut-être trop absolu). Affection extrêmement bénigne, elle peut cependant présenter exceptionnellement des complications.

Dr A.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

Traitement du nervosisme. — *Observation.* — Mme S..., actuellement âgée de quatre-vingts ans, fut prise, il y a environ vingt ans, d'accidents nerveux caractérisés par de la tristesse, de l'hypocondrie, des spasmes, des étouffements, une sensation de vide dans la tête, etc., sans qu'on pût rapporter ces divers symptômes à la maladie nettement définie. Le docteur Brown-Sequard prescrivit à la malade le bromure d'ammonium et le sous-nitrate de bismuth, qui procurèrent du soulagement, mais non la guérison. Le bromure de potassium avait été essayé précédemment sans grand succès. La malade, en proie à des inquiétudes et à des souffrances presque continuelles, suivit un grand nombre d'autres traitements, et tous les agents antinerveux et antispasmodiques avaient échoué, lorsque, vers 1871, on prescrivit le chloral bromuré Dubois. Dès qu'on eut administré ce médicament, les accidents cessèrent, le moral devint excellent. De tous les agents employés jusqu'alors, c'était le premier qui eût produit un résultat complet. Depuis cette époque, Mme S... a eu fréquemment d'autres accidents nerveux; mais chaque fois elle a eu recours au chloral bromuré, et chaque fois ce médicament l'a délivrée de ses souffrances. C'est grâce à lui que Mme S... a pu et peut encore, malgré son grand âge, se maintenir dans un état qui est pour ainsi dire la santé.

Réflexions. — Les cas de ce genre sont très fréquents dans la pratique. Les troubles qui constituent le nervosisme ou état ner-

veux sont les prodromes d'affections organiques qui ne se montrent parfois qu'au bout d'un temps très long; mais combien, avant d'être fixé sur la nature du mal, n'est-il pas difficile d'instituer un traitement rationnel et efficace? Il faut nécessairement s'adresser au symptôme, et malheureusement la thérapeutique ordinaire ne nous donne que des agents infidèles, insuffisants ou même dangereux. L'efficacité du chloral bromuré dans les cas de ce genre tient à ce que ce médicament agit à la fois sur l'élément sensitif et sur l'élément moteur du système nerveux. D'un autre côté, la possibilité de l'administrer pendant un long temps sans inconvénient, de le donner à tous les âges et dans toutes les maladies, en fait le véritable spécifique des troubles du système nerveux.

Hygiène des phthisiques. — *Alimentation.* — L'alimentation des phthisiques doit être autant que possible composée de substances très nourrissantes et faciles à digérer. Aussi doit-on éviter, surtout lorsque les malades mangent peu, les légumes pris en quantité notable, les fruits, les aliments purement amylacés. Non qu'il faille les proscrire, car ils sont nécessaires pour varier l'alimentation; ils sont agréables au goût et par suite ils excitent l'appétit. Mais la base solide de l'alimentation doit être la viande de bœuf, de mouton, de veau, de poulet, le gibier, les poissons, les laitages. La fraîcheur, la qualité et le mode de préparation de ces aliments sont loin d'être chose indifférente, car on sait avec quelle facilité les malades sont pris de dégoût et de vomissement sous l'influence de la toux.

Dans le plus grand nombre de ces cas, l'administration de la viande crue rend les plus grands services aux malades, qu'ils s'en nourrissent presque exclusivement lorsque l'anorexie est complète ou qu'ils l'associent à d'autres aliments. C'est sous cette forme que la viande de filet de bœuf est le plus facilement digérée. Cette viande coupée à petits morceaux ou râclée de manière à éliminer les parties fibreuses, ou broyée, est avalée seule ou plus ou moins enrobée et masquée pour en dissimuler la vue et le goût. Le danger du ténia est un de ces inconvénients heureusement assez rares et qu'on évite en grande partie en mélangeant la viande crue avec l'eau-de-vie. L'association de l'alcool et de la viande crue dans la cure de la phthisie a pris une grande extension, depuis quelques années, à la suite de la publication par M. Fuster des heureux résultats obtenus par lui dans la phthisie. Ce n'est assurément pas là un agent thérapeutique ni un mode d'agir localement sur les lésions pulmonaires; mais c'est un des plus puissants moyens de soutenir les forces des malades et de les nourrir. Pour les personnes, les femmes, les enfants qui éprouvent une répugnance invincible pour la viande crue, l'élixir alimentaire Ducro fait avec la viande crue et l'alcool rend des services analogues. L'habitude prise pendant la santé d'une consommation régulière, d'une réparation incessante, le médecin doit la subir et la continuer si la facilité des digestions et de l'assimilation le lui permettent. En empêchant une dépression trop brusque des forces, il abrège souvent la durée de la maladie et prépare une convalescence meilleure.

NOTES & INFORMATIONS

Les Conseils d'hygiène et l'emplacement des écoles. — Le Gouvernement vient de rappeler aux municipalités qu'à l'avenir il tiendrait rigoureusement la main à l'exécution d'une prescription qui exige l'approbation des Conseils d'hygiène pour le choix de l'emplacement des écoles.

Hôpitaux suburbains. — M. le préfet de la Seine vient d'aviser l'Administration de l'Assistance publique qu'il allait poursuivre devant le Conseil d'État, la demande d'un décret d'utilité publique pour permettre l'expropriation des terrains nécessaires à l'établissement d'hôpitaux d'isolement suburbains, dont la création a été décidée en principe par le Conseil municipal, sur le rapport de M. Chautemps.

Les Hospices a l'Exposition. — Un emplacement est réservé, à l'Exposition universelle de 1889, pour les services de l'assistance publique relevant du Ministère de l'intérieur, afin que les administrations départementales, communales et hospitalières, puissent montrer les progrès réalisés pendant les dernières années dans les diverses branches de la bienfaisance. Une exposition d'objets se rapportant à l'élevage des enfants du premier âge et au service des enfants assistés, aura également lieu.

En ce qui concerne les frais, l'administration centrale de l'Exposition est disposée à supporter les dépenses de transport: les frais qu'entraînera l'établissement des plans, photographies ou modèles réduits seront à la charge des administrations locales.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris (*Année scolaire 1888-89*). — Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1888 :

COURS

ANATOMIE

M. Farabeuf. — Les viscères thoraciques. — Les vaisseaux sanguins. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

PHYSIQUE MÉDICALE

M. Gariel.— Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre).

PATHOLOGIE MÉDICALE

M. Dieulafoy. — Maladie des voies respiratoires. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

CHIMIE MÉDICALE

M. Gautier.— Chimie organique générale et médicale.— Jeudi, samedi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre). — Cours spécial de chimie biologique.— Dérivés azotés des albuminoïdes.— Série urique. Ptomaïnes et leucomaïnes.— Digestion; lymphe; sang. — Mardi, à 1 heure (Grand Amphithéâtre)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

M. Lannelongue, M. Bouilly (agrégé, chargé du cours). — Affections chirurgicales de la cavité de l'abdomen et des organes génitaux de l'homme et de la femme.— Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

OPÉRATIONS ET APPAREILS

M. Duplay. — Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'appareil digestif et de ses annexes (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins, foie..., etc.). — Opérations qui se pratiquent sur ces différents organes. — Chirurgie abdominale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

HISTOLOGIE

M Mathias Duval.— Les éléments de la génération de l'appareil urinaire. — Les tissus conjonctif, cartilagineux et osseux. — Le système nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. Cornil.— Anatomie pathologique spéciale.— Organes de la respiration; de la digestion.— Organes génito-urinaires.— Lundi, vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre); mercredi, à 1 h. 1/2, École pratique. — Autopsies (Amphithéâtre Bichat), à l'Hôtel-Dieu.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE

M. Laboulbène.— L'ancienne Académie de chirurgie.— Nosographie et thérapeutique historiques. — Biographie et bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE

M. Brouardel. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

MM. G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter.—Cliniques médicales.— Lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu).— Mardi et samedi, à 10 heures (à la Charité).—Mardi et samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). — Mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker).

MM. Richet, Verneuil, Trélat, Le Fort.— Cliniques chirurgicales. — Mardi et samedi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Pitié). — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Charité).—Mardi, jeudi, samedi, à 9 h. (à l'hôpital Necker).

M. Ball. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — Dimanche et jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne).

M. Grancher. — Clinique des maladies des enfants. — Mardi et samedi, à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

M. Fournier. Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — Mardi et vendredi, à 9 heures (à l'hôpital Saint-Louis).

M. Charcot. — Clinique des maladies du système nerveux. — Mardi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière).

M. Panas. — Clinique ophthalmologique. — Lundi et vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

M. Tarnier.—Clinique d'accouchements.—Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (à la Clinique de la Faculté).

CONFÉRENCES

HISTOIRE NATURELLE

M. Blanchard, agrégé.—Cryptogames.—Parasitisme animal.— Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand Amphithéâtre).

PHYSIOLOGIE

M. Reynier, agrégé.—Fonctions de la reproduction. — Organe des sens. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

M. Ballet, agrégé. — L'hérédité et les maladies héréditaires.— Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Salle Laënnec).

PATHOLOGIE INTERNE

M. Chauffard, agrégé. — Maladies du foie et de l'appareil urinaire. — Lundi, mercredi, vendredi (Petit Amphithéâtre).

PATHOLOGIE EXTERNE

M. Schwartz, agrégé. — Maladie des os, des vaisseaux et des nerfs; maladies des membres.— Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

OBSTÉTRIQUE

M. Maygrier, agrégé. — Grossesse normale et pathologique.— Accouchement simple. — Dystocie.— Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. (Petit Amphithéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES

ANATOMIE

M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.—Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

HISTOIRE NATURELLE

M. Faguet, chef des travaux.—Exercices pratiques ; zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série), mardi et vendredi; (2e série), de 9 heures à 11 heures (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

CHIMIE MÉDICALE.

M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 h. 1/2 (Ecole pratique, rue Vauquelin).

PHYSIOLOGIE MÉDICALE.

M. N..., chef des travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 h. à 6 h. (à la Faculté).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. Brault, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Conférences et démonstrations. — Tous les jours, à 2 h. (Laboratoire des travaux d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

HISTOLOGIE.

M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie. — Conférences et démonstrations. — Tous les jours, de 1 h. à 3 h. (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Des affiches spéciales annonceront les dates de l'ouverture des cours et des travaux pratiques.

— Le personnel des travaux pratiques à la Faculté de médecine de Paris est composé comme il suit, pendant l'année scolaire 1888-1889 :

Travaux pratiques de physique. — MM. Weiss, chargé des fonctions de chef des travaux; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Travaux pratiques de chimie. — MM. Hanriot, chef des travaux; Monange, préparateur; de Thierry, Groslons et Bouveault, préparateurs-adjoints.

Travaux pratiques d'histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux; Berger, Blondel et Artaud, préparateurs.

Travaux pratiques de physiologie. — MM. Laborde, chef des travaux; Gley et Rondeau, préparateurs; Langlois et Héricourt, préparateurs-adjoint.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — MM. Brault, chef des travaux; Chantemesse et Toupet, préparateurs; Widal, Marfan, Guinon, Nicolle et Parmentier, moniteurs.

— MM. Delbet et Potherat sont nommés prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris pour une période de quatre ans, à partir du 1er octobre 1888, en remplacement de MM. Barette et Tuffier.

***

COURS DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Voici les jours et heures des cours de la Faculté des sciences qui peuvent intéresser les étudiants en médecine :

Physique.

M. Boutin ouvrira ce cours le 6 novembre à 1 h. 1/2; il traitera de la thermodynamie, du magnétisme, des manipulations, dirigées toute l'année par le professeur, compléteront le cours, qui se continuera les mardi et samedi à la même heure.

Chimie inorganique.

M. Troost ouvrira ce cours, 3, rue Michelet, le 5 novembre, et le continuera les lundi et jeudi à 1 h.

Sujets : lois générales de la chimie, principes de thermochimie; histoire des métalloïdes, leurs principales combinaisons.

Des manipulations dirigées toute l'année par le professeur commenceront dans la deuxième quinzaine de novembre.

Clinique biologique.

M. Dulaux fera ce cours les mardi, jeudi, à 2 h. 1/2. Le jour d'ouverture sera ultérieurement annoncé.

Anatomie et physiologie comparées.

M. Yves Delage ouvrira ce cours le 6 novembre à 3 h., et le continuera les mardi et samedi à la même heure.

Physiologie.

M. Dastre ouvrira ce cours le lundi 5 novembre à 3 h. 1/2, et le continuera les lundi et mardi à la même heure.

La question pour le concours de l'internat. — La question tirée au concours de l'internat est la suivante :

« Triangle de Scarpa. — Signes et diagnostic de l'étranglement herniaire. »

Les deux autres questions étaient :

« Rapports de l'utérus. Anatomie pathologique, signes et diagnostic du cancer de l'utérus. — Bronches, ramifications bronchiques. Signes et diagnostic de la pneumonie lobaire aiguë. »

La lecture des copies a commencé mercredi 24 octobre, à 4 h., dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

Le jury était composé de :

MM. Labric, d'Heilly, du Castel, Brun, Peyrot, Segond, Auvard.

— Les jurys des concours de la médaille d'or sont provisoirement composés de la façon suivante :

Médecine. — MM. Siredey, Guyot, Mauriac, Roques, Chaput.

Chirurgie. — MM. Terrier, Le Dentu, Verneuil, Ribemont-Dessaignes, Talamon.

— Le concours de l'externat a commencé lundi 23 octobre, à 4 h. 1/2.

Voici le jury définitif :

MM. Barié, Comby, Marie, Fetter, Tuffier, Picqué, Champetier de Ribes.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 14 au samedi 20 octobre 1888.

Fièvre typhoïde 15.— Variole 3.— Rougeole 7.— Scarlatine 0. — Coqueluche 7. — Diphtérie, croup, 19. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 190.— Autres tuberculoses 22. — Tumeurs : Cancéreuses 35. — Autres 5. — Méningite 22. — Congestion et hémorr. cérébrales 42. — Paralysie 7.— Ramollissement cérébral 16.—Maladies organiques du cœur 47.— Bronchite aiguë 28. — Bronchite chronique 30. — Broncho-pneumonie 27.— Pneumonie 47. — Gastro-entérite : Sein 18. — Biberon 66. — Autres 2 — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 29. — Suicides 14. — Autres morts violentes 10.— Autres causes de mort 183. — Causes inconnues 7.— Total de la semaine: 928 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par M. le docteur Hermann v. Zeissl, revu par Maximilian v. Zeissl (*privat docent*) à l'Université de Vienne. Traduit et annoté par le docteur Raugé. Un volume in-8o de 330 pages. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants.— Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages.— Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 44 3 NOVEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DE LA CLAUDICATION PAR DOULEUR, par M. MAREY (1).

La claudication peut avoir des causes très variées : le raccourcissement d'un membre, la raideur d'une articulation, la faiblesse d'un muscle ou d'un groupe de muscles, etc., sont des causes mécaniques de claudication. MM. Quénu et Demeny ont entrepris, depuis quelque temps, à la Station physiologique, des études basées sur l'emploi de la Photo-chronographie et destinées à déterminer les caractères objectifs de ces différentes manières de boiter. Ces recherches, dont les premiers résultats ont été soumis à l'Académie, se poursuivent sur un grand nombre de sujets atteints de lésions diverses.

Mais il est une autre cause qui fait boiter, c'est quand l'appui du pied sur le sol est douloureux. La claudication est alors volontaire ; elle a pour but d'atténuer la souffrance en diminuant la pression du pied sur le sol.

L'homme qui souffre d'un pied peut, en surmontant la douleur par un effort de volonté, cesser un moment de boiter; mais sa claudication reparaît bien vite. Elle s'exagère même à mesure qu'il s'étudie à trouver une manière de marcher qui le fasse souffrir le moins possible.

Sur les chevaux, on voit des boiteries de ce genre cesser un instant sous l'action d'un coup de fouet ou par une émotion soudaine de l'animal.

Si l'on observe avec quelque attention la boiterie par douleur, on voit qu'elle consiste en un abaissement subit du corps au moment où le pied douloureux repose sur le sol; le corps se relève ensuite énergiquement pendant l'appui du membre sain. Or la descente du corps pendant l'appui du pied sur le sol diminue la force de cet appui et par conséquent la douleur qui l'accompagne.

C'est à tort qu'on a pu dire que, du moment où un seul pied repose sur le sol, ce pied porte nécessairement tout le poids du corps et rien que ce poids. Cela serait vrai si le corps restait immobile ; mais, comme dans la marche la jambe à l'appui se ploie et s'étend tour à tour, le centre de gravité du corps exécute des mouvements de descente et de remontée qui s'accompagnent de diminution et d'accroissement alternatifs de la pression du pied sur le sol. Du reste, chacun peut sur soi-même se rendre compte des effets mécaniques de la claudication.

Et d'abord, pour rendre douloureux l'appui d'un pied sur le sol, il suffit de placer dans sa chaussure un corps étranger dur et anguleux ; au bout de quelques instants de marche, on sera dans l'état voulu. On constatera alors facilement que, dans la marche à pas égaux, la douleur est très vive, mais que

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 22 octobre dernier.

FEUILLETON

ÉTUDES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Suite et fin. — Voir les numéros 42 et 43.

III

Mais c'est l'exception; les 9 dixièmes, comme à l'Ecole navale, où l'on entre plus jeune encore, se couleront dans leur moule peu à peu, avec quelques froissements peut-être, mais ils y resteront jusqu'au moule dernier — le cercueil.

Ce sera le lot de bon nombre. Les morts du Corps de Santé demeurent obscurs, sans « héroïsme » et sans musique. Ils vont le plus vite des morts.

La Gloire n'en dit rien en ses réclames.

Voilà, on n'est pas « tué ».

Mais on n'en revient pas davantage. Il nous plaît de dire les « dernières paroles » sur les derniers qui n'en sont pas revenus, les docteurs Laget et Rocquancourt « tués » du choléra au Tonkin quelques jours avant le rapatriement et la cession du Service à nos éminents confrères de la Marine.

Aussi de citer le Corps sanitaire des officiers d'administration des Hôpitaux, dont 1/10e de l'effectif était là-bas (45 sur 422) et qui, plus nombreux au péril que les autres variantes d'officiers de leur costume, avaient l'honneur du contact et du contage du malade.

Enfin les plus humbles des humbles, ces nobles infirmiers à l'épaulette dédaignée, morts, selon l'expression populaire qui peint si bien l'entassement dans l'oubli profond « comme des mouches », et dont la pauvre mère seule apprend le décès au village. Et par quel certificat, quel imprimé froid et sec du Ministère, une façon de circulaire — et de quittance.

Ne pourrait-on faire moins sommaire pour le prix du sang?

***

Comme toujours, les intendants et pharmaciens ont été mieux défendus par leurs fonctions tutélaires.

Soit de ce fait, soit de la communauté de « situations » et d'états,

si, au moment de l'appui du pied endolori, on laisse fléchir brusquement la jambe correspondante et le corps s'abaisser, la douleur sera plus faible. Pendant cet appui incomplet, le pied non douloureux va rapidement prendre sa position nouvelle et, d'une poussée vigoureuse, relève à son niveau normal le corps qui s'était laissé tomber un instant.

Au point de vue des lois mécaniques qui régissent la pression du pied sur le sol, il y a lieu de considérer trois cas, dans lesquels cette pression est tantôt égale au poids du corps, tantôt inférieure à ce poids.

1° Si le centre de gravité du corps est immobile ou animé d'un mouvement uniforme d'élévation ou d'abaissement, la pression sur le sol est précisément égale au poids du corps;

2° Si le centre de gravité s'élève d'un mouvement accéléré, c'est que l'appareil musculaire fait plus que soutenir le poids du corps, mais développe un surcroît d'effort qui se transmet au sol et qui a pour mesure l'accélération même imprimée à la masse du corps;

3° Si le centre de gravité du corps s'abaisse d'un mouvement accéléré, le poids du corps ne se transmet pas tout entier au pied à l'appui, car une partie de la pesanteur travaille à produire l'accélération descendante de la masse du corps. Cette force, qui ne se transmet pas au sol, représente une partie du poids du corps d'autant plus grande, que l'accélération descendante est plus grande et s'approche davantage de la valeur de g, ou 9 m 80 par seconde.

Ces conséquences nécessaires de la théorie se vérifient par l'expérience lorsqu'on a recours à l'emploi simultané de la Photo-chronographie pour saisir les phases de l'accélération verticale du centre de gravité, et du dynamomètre inscripteur pour mesurer la valeur de la pression sur le sol à chaque phase du mouvement.

On voit, en comparant les deux courbes concurremment obtenues, que plus l'appui du pied douloureux s'accompagne d'un brusque abaissement du corps, plus est courte et peu élevée la courbe qui exprime l'intensité d'appui du pied.

Mais, dès que le pied non douloureux vient à l'appui, il rachète l'abaissement passager qui venait de se produire, en imprimant au corps une ascension qui rétablit le niveau moyen suivant lequel la masse du corps se transporte. Cette ascension s'accuse sur le tracé du dynamomètre par une courbe élevée et d'une durée beaucoup plus grande que celle qui correspond à l'appui du pied douloureux.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE SUR DEUX CAS DE PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX D'ORIGINE TRAUMATIQUE, par M. H. LEGRAND, interne des hôpitaux.

Grâce aux perfectionnements de la méthode antiseptique, il est aujourd'hui relativement rare d'observer les grandes complications des plaies, en particulier des fractures ouvertes, dites fractures compliquées. Peut-être même serait-on parfois tenté d'oublier, sinon les grandes lignes, du moins les détails et les variations du tableau clinique des septicémies traumatiques et de l'infection purulente si, de temps en temps, un concours de circonstances fatales ne venait les replacer devant nos yeux.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre, qu'il nous a paru intéressant de rapprocher: le premier en 1885, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dieulafoy; le second en 1887, à la Pitié, dans le service de M. Polaillon. Ces observations sont une contribution à l'étude du pseudo-rhumatisme pyohémique, de l'endocardite et de la péricardite infectieuse. La seconde nous a même semblé particulièrement intéressante, car elle nous a montré un bel exemple d'une complication des plaies, assez rare aujourd'hui, la *suppuration orangée*.

Malheureusement, à l'époque où ces observations ont été recueillies, nous n'étions pas en mesure de pratiquer l'examen bactériologique des matériaux qui s'offraient à nous; c'est donc au point de vue clinique seulement qu'elles seront rapportées.

OBSERVATION I. — *Fracture ouverte de la phalangette du pouce; infection purulente; endocardite infectieuse. — Mort. — Autopsie.*

Louis Mich..., 28 ans, mécanicien, entre dans le service de M. Dieulafoy à l'hôpital Saint-Antoine, salle Andral, n° 28, le 25 mars 1885, se disant atteint de rhumatisme articulaire aigu.

Antécédents.—Jamais il n'a été malade. Pas d'antécédents rhumatismaux; pas d'alcoolisme; pas de blennorrhagie.

---

on constate une affection réelle d'intendant à pharmacien; ils sont tous deux comptables, « de la partie » et « livranciers », comme ils disent.

Ce sont 2 Armes — à magasin.

Aussi cela n'a étonné personne quand, après avoir « monté » son usine de Billancourt pour les produits alimentaires concentrés, l'Intendance y a appelé comme directeur, non un physiologiste, un hygiéniste, un médecin, mais un pharmacien.

Sans préjuger en rien la puissance d'analyse du pharmacien que la 5e Direction vient d'enlever à l'hôpital de Marseille, m'est avis que certains médecins militaires, auteurs de travaux remarqués et *vécus* sur l'alimentation de paix ou de guerre du soldat, eussent peut-être suffi à la petite Chimie de tour de main nécessaire aux aliments, même concentrés, — cela après quelques passades.

Et ils auraient eu, avec la supériorité des connaissances en physiologie, en hygiène, en vie militaire, et comment dirai-je « en soldat », l'avantage de savoir quels aliments il convient surtout de lui concentrer.

Le soldat n'est pas une cornue.

* *
*

A vrai dire, l'Intendance n'a pas à faire montre de plus de recherches des « capacités » médicales que les Commissions de classement elles-mêmes.

Qui lui donnent un bel exemple de détachement de ce superflu.

Voici ce qu'à propos du Classement secret nous écrivions dans la LANTERNE (13 décembre 1881). Aujourd'hui, 7 ans plus tard, les 2 Commissions, régionale et supérieure, vont opérer dans le courant de novembre secrètement de même et numériquement de même. L'abus n'a pas changé.

Mais nous, son adversaire non plus.

* *
*

« Les membres du Comité de classement ont pour chaque candidat des coefficients de 1 à 25; on totalise, et l'officier qui a le chiffre le moins élevé est le premier sur le Tableau d'avancement. Cela paraît simple, bien qu'il exsude de ce huit-clos, si bien gardé, quelque apparence de louche et de suspect.

« Attendez; chaque général a ses candidats: ceux qui lui ont fait des visites, peut-être assaisonnées de courbettes et saupoudrées

Il y a trois semaines, en travaillant, il eut le pouce gauche pris dans une roue d'engrenage et reçut des soins d'un médecin du fort de Vincennes. Le ponce est entouré d'un pansement au diachylum; la plaie n'est plus représentée que par une petite surface bourgeonnante, de bonne apparence, presque cicatrisée; pas de douleur locale. Le malade n'attache aucune importance à la trace de sa blessure; pas de lymphangite apparente; pas de ganglions axillaires engorgés.

L'état général a été excellent jusqu'au 22 mars, il y a trois jours.

22 mars. — Etant resté plusieurs heures dans une chambre froide, dit-il, le malade éprouva vers le soir des frissonnements, de la céphalalgie, du malaise.

23. — L'épaule et le coude droits sont devenus douloureux. Le malade dut garder le lit.

24. — Même état, sans aggravation apparente.

25 au soir. — Il entre à l'hôpital. Température, 39,5

26. — Le coude et l'épaule droits sont si douloureux que le malade est cloué au lit sans pouvoir faire un mouvement. Ces articulations ne sont ni rouges, ni même gonflées; la douleur du coude semble s'irradier à la face postérieure de l'avant-bras.

Les doigts et le poignet correspondants sont mobiles et non douloureux; les autres articulations sont indemnes.

Mais, sur la face antéro-externe de la cuisse gauche, au point le plus saillant, on remarque un espace longitudinal, long de 10 c. et large de 3 ou 4, où la peau est rouge, le toucher douloureux, sans que la palpation révèle d'empâtement ni de rénitence.

L'état général est grave. Abattement: facies presque typhoïde, langue sèche. L'appétence est cependant un peu conservée. La peau couverte d'une sueur légère; pas de diarrhée.

L'urine présente à l'examen par l'ébullition un nuage abondant d'albumine, de couleur foncée.

L'auscultation du poumon ne révèle rien; impulsion cardiaque très vive et précipitée; *pas de souffle*. Pouls 120.

En présence de ces symptômes graves, le diagnostic est ainsi formulé par M. Dieulafoy: *Rhumatisme infectieux; endocardite infectieuse possible*. La blessure du pouce a peut-être été la porte d'entrée de l'infection, mais sans qu'on puisse l'affirmer. La fracture de la phalangette, dissimulée par les bourgeons charnus, ne fut vérifiée qu'à l'autopsie.

Traitement: salicylate de soude, toniques.

27. — Durant la nuit, le malade a eu du délire, des hallucinations, des sueurs profuses.

A la vérité, les douleurs ont conservé les mêmes localisations, la même intensité: cœur 130 pulsations. Pas de souffle. Température prise dans l'aisselle du côté sain (gauche): 39°.

Du côté malade (droit): 40°,8.

Les muscles de la cuisse sont empâtés, tuméfiés.

Langue fuligineuse. Etat typhoïde. Facies violacé. L'urine contient beaucoup d'albumine (néphrite infectieuse).

Le malade n'a aucune céphalalgie; intelligence intacte.

Traitement: Quatre injections phéniquées hypodermiques, acide salicylique 1 gr. et potion de Todd.

Mort le soir à onze heures, au milieu d'un accès de délire furieux.

Autopsie. — (Pratiquée par notre ami Ribail, interne du service). Le péricarde renferme 100 gr. de sérosité; pas de péricardite. Myocarde mou, rouge, injecté.

Dans le cœur gauche, de nombreux caillots fibrineux jaunâtres sont accrochés aux piliers et aux cordages des valvules; des traînées opalescentes et rougeâtres marbrent la surface des piliers.

La grande valve de la mitrale ne présente aucune ulcération, mais des taches opalescentes, à contours diffus. Au bord libre de la valvule, au point d'insertion des cordages, on remarque trois ou quatre éminences sessiles, un peu saillantes sur la face interne de la valvule, d'aspect gélatineux, opaques et rougeâtres par places; la surface est lisse, non ulcérée. On remarque de semblables élevures sur la face externe de la valvule, au-dessous des valvules sigmoïdes qui ont elles-mêmes un aspect de poli. L'aorte est saine.

Les poumons sont indemnes. La rate est volumineuse, ramollie, sans infarctus. Les reins sont congestionnés, ecchymosés. Néphrite infectieuse type. Rien au cerveau ni au foie.

L'examen des membres a dénoté les détails suivants: Nappe de pus très mince sous la peau de la cuisse gauche et dans le muscle sous-jacent; nappe de pus sous le deltoïde droit, autour de l'articulation qui est tout à fait saine. Pas de pus dans l'articulation du coude. Sérosité purulente dans le genou gauche.

Enfin, l'examen du pouce de la main gauche fait voir une fracture de la phalangette ayant certainement communiqué avec la plaie superficielle presque cicatrisée.

Obs. II. — *Fracture ouverte du tibia; suppuration orangée, pseudo-rhumatisme infectieux; péricardite. — Guérison.*

Le nommé X..., tonnelier, 31 ans, est apporté à la Pitié le dimanche 19 juin 1887 et placé dans le service de M. le docteur Polaillon, salle Broca, n° 33.

Pas d'antécédents pathologiques. Pas de rhumatisme ni de signes d'arthritisme.

Dans la matinée, en prenant un bain dans une des Ecoles de natation de la Seine, il tomba à faux sur le fond du bain, formé

(à suivre)

---

d'adulations. En règle, ce ne sont pas les gens de valeur qui théorifèrent à domicile.

« Bref, le général X donne 1 à son candidat A et 25 au candidat B, celui de son voisin.

« En revanche, le général Y donne 1 à son candidat B et 25 au candidat A.

« Puis tous deux cotent avec enthousiasme 24, le candidat C du général Z, qui lui (et pour l'honneur de l'Armée, il en est certes), a voté en conscience et donné 2 ou 3 aux candidats A et B, de ses deux collègues. Aussi, quand on additionne, il est stupéfait de voir les officiers A. et B. en tête, tandis que son candidat C. est tout à fait à la gauche du Tableau, s'il y figure.

« Il est urgent de couper court à ces intrigues d'entente et de démolition secrètes qui offensent la loyauté et la chevalerie de l'Armée:

1° En rendant publique la séance de classement;

2° En lisant publiquement les notes des proposés;

3° En faisant connaître publiquement, après la lecture des notes, l'appréciation de chaque membre du Comité.

« De cette façon, le général X ou Y n'aura jamais le triste courage devant une galerie de donner au candidat de son voisin la note évidemment imméritée *très mal* pour « remonter » les mérites de son client. »

La France militaire avouait ces jours-ci (30 septembre) qu'en 1888, pour les officiers de toutes armes et de Santé, les portes de l'Avancement seront ouvertes ou fermées de même façon clandestine et « chiffrée ».

Et qu'il y aura possibilité d'étranglement entre ces portes.

⁂

Comme on le voit, le procédé de conserve des Abus est des plus perfectionnés dans l'Usine-Etat, où l'on n'a nul souci de la concurrence et des baisses de recettes, et où l'on s'ingénie à améliorer les perceptions individuelles et les « carrières » plus qu'une production qui demeure vaguement indifférente dans son impersonnalité.

Il y a intérêt à « avancer », non pas à progresser.

Seules, la Presse, par ses réveils d'Opinion, et la Commission du Budget par des arguments plus directs *ad hominem*, les suppressions de crédits peuvent exercer une coercition lente sur l'abus formidablement cuirassé.

ce niveau de poutres écartées et dégarnies de planches. « Un premier choc ent lieu, raconte-t-il, et un piton on un éclat de bois frappe violemment le côté interne de la jambe gauche ; puis le pied, s'étant trouvé pris entre deux pièces de bois, au moment où il essaye de le dégager, il éprouve une douleur encore plus forte. »

A deux heures, il est apporté à la Pitié. C'était précisément mon jour de garde.

La jambe est entourée pour tout pansement d'un mouchoir imbibé d'eau camphrée. Elle présente à sa partie inférieure et interne une plaie longue de 5 cent., large de 2, parallèle à son axe, profonde, mâchée, arrivant assurément jusqu'à la face interne du tibia, qui du reste est assez superficiel à ce niveau. On aperçoit même un peu de la surface périostique entre les lèvres déchiquetées de la plaie, encore souillée des détritus verdâtres qui recouvrent les pièces de bois immergées depuis longtemps.

L'écoulement sanguin est minime. Peu de gonflement.

Pas de déformation notable du membre, sauf une saillie légère de l'arrête du tibia vers le tiers inférieur, permettant de reconnaître à la simple inspection une fracture en V. La palpation confirme ce diagnostic : crépitations caractéristiques au moindre contact ; peu de tendance au déplacement et à la mobilisation qui est soigneusement évitée autant que possible. En effet, la douleur se propage jusqu'à la malléole interne par un trajet que le doigt définit parfaitement. Si l'on ne peut apercevoir le trait hélicoïde de la fracture, on le devine au fond de la déchirure contuse de la face interne de la jambe. L'articulation tibio-tarsienne ne paraît pas plus mobile que de coutume et ne contient aucun épanchement liquide.

La plaie est copieusement lavée à l'acide phénique à 5 0/0, puis avec le sublimé à 1 1/000; j'enlève ensuite avec une pince quelques débris de tissu cellulaire flottant dans la plaie. Tout le membre est nettoyé antiseptiquement.

Pansement de Lister et bande de gaze phéniquée jusqu'au tiers supérieur de la jambe ; par dessus le tout, appareil plâtré en étrier, formant valve ouverte en avant.

20 et 21. — Gonflement et rougeur des parties visibles ; la valve est élargie et garnie d'ouate.

22 et 23. — Des phlyctènes se montrent sur la jambe. — Soir : 38o,5.

24. — Les phlyctènes ont augmenté de volume et de nombre ; quelques-unes se sont ouvertes. Le pansement est traversé par un liquide séro-puruleut, sans odeur spéciale. La couleur rouge-orangée de ce liquide attire l'attention. En examinant le pansement et même les bords de la valve aplatie, humectée par le suintement, on y découvre un grand nombre de petites gouttes, d'un rouge vif, orangé : les unes grosses comme la tête d'une épingle ; d'autres comme une petite lentille, à surface arrondie, non luisante, ayant bien l'aspect de petites colonies microbiennes.

Je n'étais pas alors en mesure d'en pratiquer l'examen bactériologique.

La sérosité qui s'écoulait des phlyctènes et la surface ulcéreuse, déterminée par leur rupture, étaient teintées en rouge-orangé ; mais cette nuance ne se voyait pas dans les phlyctènes encore intactes. La plaie et le membre sont de nouveau lavés abondamment avec l'eau phéniquée forte ; toutes les phlyctènes perforées et lavées. Puis une couche épaisse de poudre d'iodoforme et de gaze iodoformée forment un nouveau pansement : une nouvelle valve plâtrée est appliquée.

25.—Etat général bon. Température : matin, 38 ; soir, 39.

26. — Lavage, pansement iodoformé ; la suppuration est encore orangée.

27. — Malaise, inappétence ; le soir, frissons répétés.

28. — Frissonnements ; douleurs vagues dans les jointures. — Soir, température 39,6.

29. — Matin, température 39. La nuit a été mauvaise ; le malade a eu des sueurs profuses, très fétides. Au matin, la peau est brûlante ; la poitrine et l'abdomen sont parsemés de nombreux sudamina.

Frissonnements continus, inappétence, langue sèche, yeux brillants ; albumine assez abondante dans les urines.

Dans les épaules et les poignets, le malade éprouve de violentes douleurs que le moindre mouvement exaspère ; la main droite et le poignet correspondants sont notablement gonflés, rouges.

En présence de cet état général grave, M. Polaillon se décide à ouvrir encore le pansement ; la plaie a encore suppuré, mais le pus n'est plus orangé ; il est blanchâtre, mêlé de sérosité encore un peu rougeâtre, sans mauvaise odeur.

Une fusée purulente s'est glissée entre les muscles antérieurs de la jambe jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure de la plaie, dans le voisinage immédiat du foyer principal de la fracture.

M. Polaillon incise largement, parallèlement à la crête du tibia jusqu'à l'extrémité supérieure du trajet purulent et pratique un large lavage antiseptique.

Pansement iodoformé. Sulfate de quinine, 1 gr. 50. Toniques. Le soir, température 39o.

30. — Les signes de la septicémie s'accentuent de plus en plus. Abattement, langue fuligineuse, visage vultueux, marbré, de teinte violacée ; sueurs profuses, extrêmement fétides. Diarrhée infecte et abondante.

Gonflement et rougeur de l'épaule droite, du poignet. Douleurs très vives dans ces articulations.

C'est ainsi qu'une Commission étudie au Ministère, et la Gazette médicale de Paris y est peut-être pour quelque chose, la mise en réforme de l'Aptitude.

La majorité et le Rapporteur proposent une composition écrite la même pour tous, et après élimination par cette voie, appel des « admissibles » à Paris pour concourir de façon moyenne.

La minorité tient pour un Concours fort élevé, de durée, analogue à l'agrégation du Val-de-Grâce, et qui permettrait de se fixer solidement sur la valeur d'une élite. Il est à penser que cette combinaison dernière passera difficilement, l'élite étant quelquefois en minorité.

Même dans les Commissions.

Toutefois, ces 2 modes : l'un sélectant un assez grand nombre ; l'autre une élite seule, valent bien autrement que l'Aptitude.

Qui décorait tout le monde à la ronde.

Dr A. Chassagne.

École d'anthropologie. — L'École d'anthropologie, qui entre dans sa treizième année d'existence, ouvrira ses cours le lundi 5 novembre 1888, à huit heures et demie du soir, dans son local habituel, 15, rue de l'École de-Médecine. Les cours se succèderont dans l'ordre suivant :

Lundi, à quatre heures. — M. Letourneau : Histoire des civilisations.

Lundi, à cinq heures. — M. Mathias Duval : Anthropogénie et Embryologie comparée.

Lundi, à huit heures et demie du soir. — M. G. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, avec projections.

Mardi, à cinq heures. — M. Georges Hervé : Anthropologie zoologique.

Mercredi, à quatre heures. — M. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi, à cinq heures. — M. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

Samedi, à quatre heures et demie. — M. Bordier : Géographie médicale.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera ces conférences le lundi 12 novembre, à 2 h. (Grand Amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Respiration courte, pressée. Pouls 130. Température 38 et 39,8. On distingue un frottement péricardique au niveau de l'origine des gros vaisseaux, immédiatement après la systole.
Salicylate de quinine, 1 gr. 50. Toniques, alcool.

1er juillet. — Persistance de la douleur et du gonflement dans le membre supérieur droit; douleurs dans le genou gauche. Le frottement péricardique est devenu rude, rapeux, très net. P. 110. Respiration un peu moins gênée. Rien à l'auscultation des poumons. Etat typhoïde.

2 juillet. — Pansement. La suppuration a tout à fait changé de nature; le pus a perdu toute couleur rougeâtre et présente une couleur blanc-jaunâtre ordinaire. Lavage, pansement iodoformé. Les douleurs articulaires persistent, mais le gonflement a un peu diminué, sauf au membre supérieur droit. Moins d'albumine dans l'urine. Le frottement péricardique s'est étendu en surface

3, 4, 5.—Etat stationnaire. Douleurs articulaires persistant seulement dans l'épaule et le poignet droits. Frottement péricardique moins rude. Température oscillant entre 38 et 39.

8.—Pansement. La plaie suppure beaucoup moins; ses lèvres bourgeonnent. Le cal forme une saillie appréciable.

Les douleurs articulaires diminuent. Le malade reste profondément affaibli et émacié; cependant, l'état général est meilleur et ira constamment en s'améliorant.

12. Cicatrisation presque complète de la plaie.

Enfin, guérison complète et consolidation.

RÉFLEXIONS. — La conservation parfaite de la santé pendant trois semaines, chez un individu atteint de fracture ouverte mal pansée, l'apparition subite et l'évolution rapide d'accidents mortels, lorsque déjà la porte d'entrée des germes infectieux était *presque cicatrisée*, et pouvait passer inaperçue (le malade fut admis dans un service de médecine), telles sont les seules particularités à signaler dans la première observation, que nous considérons en réalité comme un type clinique, et qui nous servira de point de départ et de terme de comparaison pour examiner la seconde.

Dans l'histoire de notre dernier malade, deux points en effet sont importants : la suppuration orangée, la guérison d'un état infectieux rhumatoïde grave, compliqué de péricardite, et que nous pourrions sans doute nommer, avec Lasègue, une pyohémie ou une septicémie atténuée.

La suppuration orangée, safranée, jaune de chrôme, semble avoir été vue pour la première fois par Lebert, et a été décrite par Delore (de Lyon), en 1854, dans une thèse : *Sur le pus*.

L'auteur rapporte 8 cas terminés fatalement par infection purulente. Zeis (de Dresde) en 1855 (*Bul. de la Soc. de Biol.*, p. 148), Delore en 1863 (*Gaz. méd. de Paris*), en signalent de nouveaux cas.

M. le professeur Verneuil (*Arch. génér. de méd.*, 1880, et *Mémoires de chirurgie*, t. II, 1883), les réunit à ses observations personnelles dans un intéressant mémoire qui nous a paru être la dernière publication sur ce sujet. En 1870-1871, la suppuration orangée était pour ainsi dire *épidémique* dans les ambulances de Paris, en même temps que la pourriture d'hôpital, les érysipèles graves, etc. Presque tous ceux qui en furent atteints moururent de pyohémie.

Depuis cette époque, M. Verneuil a vu encore de temps en temps la suppuration orangée, presque toujours dans des cas de plaie contuse ou de fracture compliquée avec attrition des tissus par roues de voiture, de chemins de fer, etc.

Jusqu'à présent, les examens histologiques, tout à fait insuffisants d'ailleurs au point de vue bactériologique, n'ont pas permis d'élucider complètement la nature de la matière colorante du pus orangé.

Delore, Zeis, Ch. Robin (*Traité des tumeurs*, 1874, p. 401), Nepven, l'attribuent à l'hématine ou à ses dérivés. Broca, cité par M. Verneuil, songeait à rapprocher la suppuration orangée de la suppuration bleue; « il avait institué comparativement avec les deux pus des expériences de culture qui avaient parfaitement réussi pour le second, mais tout à fait échoué pour le premier. Broca rejetait donc la nature parasitaire du pus orangé. »

Acceptant cette opinion, M. le professeur Verneuil admet que la suppuration orangée « résulte de l'association d'un certain genre de plaies et d'une certaine classe d'états constitutionnels. La nécessité d'un double ordre de conditions pathogéniques rend assez bien compte de la rareté du phénomène. » L'alcoolisme, le morphinisme, le diabète ou la phosphaturie sont les dyscrasies prédisposant le plus à cette complication.

Reprenons maintenant les détails de notre observation. Le malade, homme vigoureux et dans la force de l'âge, n'avait aucune maladie constitutionnelle, n'était pas alcoolique.

Dans ce cas particulier, le milieu et les conditions mécaniques de la blessure nous paraissent avoir une toute autre importance.

On se rappelle, en effet, que le malade se fit une large plaie contuse et dilacérée, en même temps que sa fracture, en tombant au fond de la Seine, dans une eau pullulant de germes de toutes sortes, sur un morceau de bois ou de fer immergé depuis longtemps; de plus, il fut amené à l'hôpital sans pansement sérieux, et seulement plusieurs heures après l'accident.

La nature de sa plaie le rapproche donc des blessés de guerre abandonnés et souillés sur le champ de bataille, et des gens écrasés par des roues de voiture sur le grand chemin; en somme, conditions de milieu plus septiques ayant vraisemblablement favorisé une infection spéciale de la plaie.

Nous avons fait nous-même des lavages antiseptiques, avec des solutions fortes, pendant longtemps; mais il est évident qu'elles ont été tout à fait insuffisantes pour débarrasser la plaie de germes que la contusion et la dilacération y avaient fait intimement pénétrer. On comprendra facilement l'insuffisance de nos lavages en réfléchissant simplement à la peine qu'il faut prendre, lorsqu'on veut rendre rigoureusement aseptique une surface toute unie, la peau, par exemple.

La plaie de jambe communiquant avec le foyer de la fracture était donc inoculée; elle l'avait été dans des conditions de milieu tout à fait spéciales. La suppuration inévitable se manifesta; elle eut aussi des caractères spéciaux qui ont été rapportés au cours de l'observation. Nous voulons insister, toutefois, de nouveau, sur les caractères de ce liquide séropurulent de couleur safranée qui s'écoulait de la plaie, et teignait la gaze du pansement; sur ces sortes de gouttes de cire figée, arrondies, un peu élevées, d'un beau jaune orange, qui maculaient les bords de la valve de plâtre, là où le liquide avait pu la souiller. L'aspect de ces taches était bien celui de colonies microbiennes, mais nous ne pouvons faire à ce sujet qu'une simple supposition, notre but étant plutôt d'attirer de nouveau l'attention sur les cas semblables qui pourraient se présenter.

Il nous reste, en terminant, à rapprocher la marche clinique et la terminaison de ces deux observations.

Dans la première, septicémie foudroyante, endocardite, localisations articulaires et préarticulaires terminées par suppuration ; nappe de pus dans le tissu conjonctif; mor.

Dans la seconde, au contraire, avec des accidents généraux aussi graves en apparence que dans le premier cas, des localisations articulaires, une péricardite évidente, nous avons observé la guérison complète et la consolidation de la fracture.

On peut se demander, tout d'abord, si nous n'avons pas eu affaire tout simplement à une attaque de rhumatisme articulaire aigu réveillée par le traumatisme? Nous ne le pensons pas.

Survenant chez un individu jusqu'alors indemne de toute affection rhumatismale ou présentant quelque affinité avec le traumatisme (gravelle, lithiase biliaire, asthme), la maladie rappelle bien plutôt les manifestations rhumatoïdes dérites par M. le professeur Bouchard (cours de la Faculté, 1881) et par Bourcy (thèse de Paris, 1883), sous le nom de *pseudo rhumatisme infectieux*. Les douleurs ont été polyarticulaires, mais aussi *oligoarticulaires* (Besnier), affectant *avec fixité* certaines *articulations d'élection* : épaule, poignet, genou, comme dans notre observation, du reste. La *gravité des phénomènes généraux*, fièvre élevée avec grandes oscillations, état typhoïde, sueurs fétides, diarrhée profuse, albuminurie, etc., ne laissent guère de doute sur la nature des complications d'une plaie suppurante au voisinage immédiat d'un foyer de fracture communiquant avec elle.

Ajoutons, enfin, que le *salicylate de soude* administré plusieurs jours de suite, à la dose de 5 et 6 grammes, ne produisit *aucun effet* appréciable.

Nous étions donc en présence d'un pseudo-rhumatisme infectieux d'origine traumatique, pyohémique, d'une forme d'infection septicémique.

Maintenant, nous ne pouvons répondre que par des hypothèses aux questions qui peuvent encore se présenter à l'esprit sur la nature intime de cette septicémie gravé et cependant curable, coïncidant avec la suppuration orangée

Delore attribuait à la suppuration orangée une grande valeur séméiologique et surtout une gravité extrême; il en faisait le prélude et l'indice de la pyohémie mortelle.

M. Verneuil a vu des guérisons assez nombreuses, et pense que le pronostic n'est pas aussi grave que le pensait Delore.

Dans notre première observation, sans suppuration orangée, la plaie, très petite, a laissé entrer un germe septique qui a pullulé dans le sang, bien que l'état local de la plaie fût excellent.

Dans la seconde, la plaie a été très grande, l'état local très mauvais, mais il importe de faire remarquer l'amélioration rapide qui a succédé à l'incision et aux lavages pratiqués par M. Polaillon.

On peut se demander, d'après les idées actuelles sur les infections, si le second malade ne consituait pas un terrain réfractaire, ou s'il ne s'agissait pas plutôt d'un microbe spécial, susceptible d'être atténué ou détruit par le sang?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Laryngologie.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

VII. UN CAS D'ANGIOME DU LARYNX, par le docteur PERCY KIDD. (*The British medical Journal*, 17 mars 1888.) — VIII. UN CAS DE FIBROME DU LARYNX, par le docteur BRAUN. (*Wiener medic. Blaetter*, 1888, n° 26.) — IX. UN CAS DE HERNIE INTERMITTENTE DES VENTRICULES DU LARYNX, par le docteur SOLIS COHEN. (*Medical News*, 17 décembre 1887.) — X. EXEMPLES D'EXTIRPATION DE TUMEURS DES CORDES VOCALES PAR LA VOIE ENDOLARYNGÉE, par le docteur HUNTER MACKENZIE. (*Edimburgh med. Journal*, juillet 1888.) — XI. LARYNGOTOMIE DANS UN CAS DE TUMEUR DU LARYNX, par le même. (*Ibidem*, décembre 1887.) — XII. TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS DANS UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DU LARYNX, par le docteur C.-K. WISE. (*The Lancet*, 17 mars 1888.) — XIII. SUR LA VALEUR DE LA TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉE DANS LES CAS DE PHTISIE LARYNGÉE, par le docteur PERCY KIDD. (*The Lancet*, 31 mars 1888.) — XIV. TUMEURS TUBERCULEUSES DU LARYNX ; LARYNGOTOMIE, par le docteur HENNIG. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, n° 28.) — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

VII. Les exemples connus d'angiome du larynx sont extrêmement rares. M. Mackenzie, dans son ouvrage bien connu, n'en mentionne que deux. M. PERCY KIDD en a observé un autre chez une femme de cinquante ans. La tumeur, de petite dimension, siégeait sur l'extrémité antérieure de la corde vocale gauche. Elle avait une teinte d'un rouge foncé et un aspect granuleux. Elle était appendue à un pédicule très large, ce qui lui donnerait une grande mobilité.

La tumeur fut enlevée par les voies naturelles, à l'aide d'une pince Mackenzie. L'examen microscopique a fait voir qu'il s'agissait d'un angiome.

VIII. Le sujet de l'observation de M. BRAUN était porteur d'un néoplasme implanté sur la paroi inférieure de la corde vocale gauche. Les moindres attouchements du larynx provoquaient des accès de suffocation. C'est ce qui avait lieu notamment à l'occasion de badigeonnages à la cocaïne (solution à 5 0/0).

Pour extirper la tumeur, il fallut inciser la corde vocale avec un bistouri *ad hoc* et contourner la tumeur avec l'instrument tranchant, de telle sorte qu'elle devint flottante dans la trachée. Après quoi, on réussit à l'extraire à l'aide d'une pince. La tumeur fut reconnue pour un fibrome.

La voix du patient s'est rétablie après l'opération.

IX. La curieuse observation relatée par M. SOLIS COHEN concerne un malade auquel on avait, une première fois, extirpé une tumeur du larynx, après laryngotomie préalable. Puis était survenu un rétrécissement du larynx, occasionné à la fois par des adhérences cicatricielles et par la réapparition de la tumeur.

On remédia au rétrécissement par des manœuvres intralaryngées. Cette phase de la maladie dura un an environ ; la phonation, qui s'était rétablie, s'effectuait par l'intermédiaire des cordes vocales supérieures. Or, voici le phénomène qu'on pouvait alors observer chez le malade ;

Qnand celui-ci essayait de parler, les cordes vocales supérieures, d'abord, puis les inférieures, se rapprochaient; finalement, le ventricule dn larynx, à gauche, venait faire une saillie en forme de voûte, en produisant un choc perceptible; on ent dit alore qne l'os hyoïde était disloqné. Un instant après, le ventricule dn côté droit se voûtait de la même façon, mais en faisant une saillie moins prononcée.

A gauche, cette saillie dn ventricule se présentait sous l'aspect d'une tumeur dn volume d'nne cerise, d'un rouge plus pâle qne le reste de la mnqueuse dn larynx.

X. La laryngotomie (laryngo-fissure pour les chirurgiens allemands; thyréotomie pour les anglais) est en voie de devenir. dans la chirurgie du larynx, ce qu'est déjà la laparotomie, dans la chirurgie abdominale. C'est-à-dire que, pour bien des chirurgiens, en Allemagne du moins, il y a une sorte d'indignité à opérer dans le larynx à travers les voies naturelles, sans avoir préalablement fendu la paroi antérieure de cet organe pour avoir directement accès sur sa muqueuse et ses replis.

Nous nous bornons à constater une tendance que nous n'avons pas qualité pour apprécier.

Cependant, nombreux sont encore les spécialistes qui pensent qu'on ne doit pas fendre le larynx dn premier venu sans nécessité impérieuse, et qui se contentent d'utiliser les voies naturelles pour extirper les tumeurs supposées bénignes dn larynx, pour gratter et panser des ulcères de cet organe, et pour d'autres interventions de même importance. Cela exige quelquefois plus d'adresse, et c'est toujours moins dangereux pour le malade. Au point de vue du résultat final, la valeur respective des deux méthodes est encore à fixer.

M. Heinter Mackenzie a pnblié récemment quatre cas d'opérations endolaryngées pratiqnées dans des circonstances qui eussent difficilement justifié une opération radicale d'emblée.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une laryngite chronique, probablement tnberculeuse, qui avait entraîné un rétrécissement dn larynx et nécessité la trachéotomie. Quelques mois plus tard, une excroissance verruqueuse s'était développée sur le tiers postérieur de la corde vocale gauche. Après extirpation de la néoplasie par la voie endolaryngée, il fut reconnu que c'était un papillome.

Un second cas concerne une femme de quarante-cinq ans, qui avait conservé assez bonne mine. A l'examen laryngoscopique, on constatait chez elle la présence d'une sorte de nodosité sur la partie antérieure de la corde vocale gauche. De plus, nne excroissance pédiculée, couleur de chair, venait faire saillie dans la gouttière laryngo-pharyngée, partant du tiers postérieur de cette même corde vocale, qui était masqué à la vue. Les ganglions lymphatiques du voisinage n'étaient pas engorgés.

La tumeur fut excisée en plusieurs séances, jusqu'à un reste de nodosité qui occupait principalement la partie antérieure de la corde.

La femme est restée en observation dans la suite; cinq mois s'étaient écoulés sans qu'aucun changement fut survenu dans l'état de son larynx.

Deux autres malades affectés, l'nn d'une tumeur myxémateuse de la corde vocale gauche, l'autre d'un polype implanté sur la corde droite, ont été opérés également avec succès par les voies naturelles.

XI. Il n'est pas à nier, du reste, que si l'abus de la laryngotomie est en soi condamnable, cette opération s'impose souvent en tant qu'intervention préalable. M. H. Mackenzie ne dédaigne pas de la pratiquer, à l'occasion; témoin le fait suivant, qui prouve que la laryngotomie ne permet pas toujours d'obtenir le résultat qu'il a été impossible d'atteindre au prix d'une opération endolaryngée.

Une dame âgée de trente-cinq ans, était affectée d'une petite tumeur du volume d'un pois, qui occupait la commissure antérieure. Le néoplasme était allé en se développant, pendant le temps qne cette dame se trouvait en observation. M. H. Mackenzie extirpa nn fragment de la tnmeur, qui, à première vue, ressemblait à un papillome. Force fnt ensuite d'ajourner toute nouvelle intervention opératoire, la dame étant devenue enceinte.

Cinq mois plus tard, la tumeur obstrnait un tiers environ de la fente glottiqne, occasionnant une gêne respiratoire considérable. Dans ces conditions, M. H. Mackenzie se décida à pratiquer la laryngotomie. Une fois la tumeur extirpée, sa base d'implantation fut cautérisée au nitrate d'argent. L'examen microscopique confirma le diagnostic de papillome.

Trois mois après l'opération, la tumeur s'était reproduite. On fit une nouvelle opération, qui réussit comme la première La voix était restée intacte.

Deux ans après cette seconde opération, on découvrit, sur le tiers postérieur de la corde vocale gauche, une petite tumeur semblable aux précédentes, dn volume d'un pois. On en excisa un fragment, pour le soumettre à l'examen microscopique. Il s'agissait encore d'un papillome. Détail curieux une petite tumenr de même nature était implantée sur le palais. Une nouvelle opération n'a pas eu lieu.

M. H. Mackenzie a fait remarquer que dans ce cas il avait eu recours à la trachéotomie, d'abord pour remédier à la gêne respiratoire et, en second lieu, parce que, dans un autre cas analogue, la trachéotomie avait été suivie de la disparition spontanée de la tumeur. Puis, ponr ce qui concerne le diagnostic différentiel, M. Mackenzie attache une grande importance à l'état de la mobilité de la corde vocale en laquelle s'est développé le néoplasme. Cette mobilité est très réduite dans un cas de tumeur maligne. Enfin, chez la malade en question, des interventions opératoires répétées n'ont pas occasionné la tranformation d'une tumeur bénigne en tnmeur maligne.

XII. Cette manifestation cnrative, résolutive de la trachéotomie, paraît s'être manifestée d'une façon très netta chez un malade de M Wise.

Le snjet, un homme de trente-neuf ans, était en imminence d'asphyxie.

A l'examen laryngoscopique, on trouva les cordes vocales rapprochées l'une de l'autre; tout autonr, les tissus étaient fortement épaissis; enfin, à la limite des portions moyenne et postérieure de la corde vocale gauche, était implantée une nodosité flottante, vraisemblablement une gomme.

M. Wise procéda en toute hâte à la trachéotomie; sous l'influence d'un traitement consécutif par les antiseptiques, la tuméfaction diffuse de la paroi du larynx et la nodosité ont disparu.

Douze semaines après la trachéotomie, la canule a pu être enlevée. Les cordes vocales avaient récupéré la plus grande

partie de leur mobilité normale; la voie était encore un pen voilée, mais la respiration était redevenue libre.

XIII. Quelqnee laryngologues, M. Moritz Schmidt, notamment, soutiennent que cette action curative de la trachéotomie s'exerce également dans des cas de tuberculose du larynx, tandis que la plupart des anteurs sont d'avis que dans le conrs de cette maladie, la trachéotomie n'est réellement indiquée qu'en cas d'asphyxie imminente pour écarter un danger immédiat.

M. Percy Kinn se rallie à cette seconde manière de voir. Il relate 4 cas de phtisie laryngée où, à la vérité, la trachée fut onverte pour répondre à cette indication dite vitale, pour remédier à l'asphyxie prochaine. Le résultat palliatif a été atteint. Par contre, l'affection laryngée alla en s'aggravant dans la suite, et les malades ont succombé peu de temps après la trachéotomie.

En présence de tele faits, l'anteur estime que, seule, l'obstruction dn larynx justifie l'emploi de la tracbéotomie, dans nn cas de tuberculose du larynx. Celle-ci n'est eouvent qu'un épisode d'une tuberculisation frappant d'autres organes, les poumons et les intestins en première ligne. Dans cee conditions, il n'y a pas de guérison possible à espérer de la trachéotomie. D'ailleurs, cette opération a eouvent nn retentissement fâcheux sur l'affection laryngée, par suite de l'irritation locale exercée par la canule qn'on est forcé d'introduire dans la trachée, et par suite de l'accumulation de sécrétion morbide qui se fait autour de la canule. De là infection tuberculense de la plaie, rétention de virus tuberculeux dans les poumone, etc.

Cependant, s'il venait à être démontré que certaines substances telles que l'acide lactique exercent sur les ulcéo-tubercnleusee une action spécifique locale, la trachéotomie serait justifiée comme onvrant un accès plus facile pour porter le remède epécifique sur les surfaces ulcérées.

Un autre praticien anglais, M. Jacob (*British medical Journal*, décembre 1887), a eoutenn des idées analogues, au sujet dn traitement de la phtisie laryngée : reculer la trachéotomie le plus possible. M. Jacob a essayé dee applications d'acide lactique, sans succès.

XIV. Un homme de cinquante-deux ans portait au-deseus de la corde vocale gauche une tumeur à large baee, sphérique, tapissée par une muqueuse saine, du volume d'une petite noix. Pareille tumeur, plus petite, était implantée immédiatement en dehors du tiers antérieur de la corde vocale gauche, et une troisième sur la corde même. Enfin, le cartilage aryténoïde droit était recouvert par une tumeur irrégulière, du volume d'une lentille, à surface déchiquetée.

M. Hennig extirpa ces tumeurs, après avoir pratiqué une laryngotomie préalable; c'étaient des masses tuberculeuses. Le malade snccomba peu de temps après.

A l'autopsie, on trouva dans les poumons, lee résidus d'une tuberculose chronique, et dans le larynx, indépendamment des cicatrices de l'opération précédédente, une ulcération qui, en certaines places, avait mis à nn le cartilage cricoïde.

E. Ricklin.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

I. *Extirpation totale du larynx dans un cas d'épithélioma; guérison*, par le docteur William Gardner. (*The Lancet*, 23 juin 1888.)

II. *Contribution au traitement des rétrécissements cicatriciels du larynx*, par le docteur Lemeke. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 13.)

III. *Sur la laryngite rhumatismale*, par le docteur Flechter Ingals. (*The American Journal of the Medical Sciences*, janvier 1888.)

IV. *Sur la laryngite sous-glottique aiguë*, par le docteur Koch. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. III, 1888.)

E. R.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de Frédéric le Noble, par le docteur Morell Mackenzie.

L'ouvrage que M. Mackenzie vient de publier sous ce titre, est la réponse faite par le spécialiste anglais aux docnments collectifs parus il y a qnelques semaines, eous la signature des médecins allemands qui, à divers titres, ont assisté l'empereur Frédéric III dans sa dernière maladie. Ces documents, publiés sone une inspiration officielle, et dont nos lecteurs ont en sone les yeux de nombreux extraits (1), contenaient des accusations très graves dirigées contre le rôle joué par M. Mackenzie comme médecin traitant du eouverain défunt. Nous avons fait connaître ces accusations dane leurs parties essentielles. Il eet juste maintenant de faire entendre les répliques de M. Mackenzie, ainsi que nous nous y étions engagé.

Nous laissons de côté le récit des circonstances dans lesquelles M. Mackenzie fut appelé en consultation auprès du prince malade; il n'apprendrait rien à nos lecteurs qu'ils ne sachent déjà sur les premiers débuts de la maladie en cause. Nous aborderons d'emblée le chapitre qui a trait aux premières relations de M. Mackenzie avec ees confrères allemands. Dès la première consultation, ceux-ci, on se le rappelle, opinérent pour la nature cancéreuse de la petite tumeur logée dans la gorge du prince; lee motifs qu'ils alléguaient ont été reproduits à cette place. M. Mackenzie objecta que « l'apparence de la grosseur n'avait rien de caractérisé, et qu'il était impossible d'émettre une opinion eérieuse sur sa nature sans un examen plus approfondi ». Il reprocha à ses confrères « d'avoir laissé de côté les moyene les plns essentiels et les plus simples pour arriver à nn diagnostic correct », ajoutant que la première chose à faire était d'enlever un morceau de la tumeur par le passage naturel de la bouche, pour le eoumettre à l'examen d'un hietologiete compétent. Rien de plus sensé.

Mais M. Gerhardt objecta que la situation anormale de la tumeur rendrait difficile, sinon impossible, l'excieion d'un fragment du néoplasme. M. Mackenzie reconnnt la chose pour difficile, mais non pour impossible. Il offrit à ses collègues l'honneur d'un premier essai ; à quoi M. Gerhardt répondit « qu'il ne pouvait opérer avec la pince ». M. Tobold se récnsa sous prétexte « qu'il n'opérait plus ».

Là-dessns, M. Mackenzie se livre à quelqnes réflexions très

(1) Voir Gazette médicale, nos 32, 33, 34, 35 et 36.

naturelles sous la plume d'un accusé aux prises avec ses accusateurs. «Ces réponses, écrit-il, augmentèrent la surprise que j'avais déjà éprouvée en voyant un cas d'une importance aussi grave confié à ces Messieurs, car un spécialiste pour la gorge qui ne peut se servir de la pince est comme un médecin qui ne saurait employer le stéthoscope, ou comme un charpentier qui ignorerait l'usage de la scie ». Quant à l'autre laryngologue, qui s'aventurait dans une consultation de si grande importance, à une époque de sa carrière où il n'opérait plus « il n'était plus connu de la génération actuelle de médecins que comme *nominis umbra* ». Il y a dans cette appréciation plus que de la franchise!

M. Mackenzie, en se chargeant de cette excision exploratrice, n'obtenait donc pas un tour de faveur, comme il semble résulter du passage où M. Gerhardt déclarait « qu'on voulut bien confier à Mackenzie la tâche d'enlever des parties de la tumeur ». Ce point bien établi, le médecin anglais décrit sa première opération, faite dans des conditions déplorables, avec des pinces bien moins commodes que celles dont il a coutume de se servir et qui sont de son invention. Néanmoins, l'opérateur réussit à extraire un fragment de la tumeur, au grand dépit de MM.Gerhardt et Tobold; c'est du moins ce qu'affirme M. Mackenzie.

Le fragment excisé fut remis à Virchow, pour faire l'objet d'un examen histologique. On sait déjà que le rapport rédigé par Virchow sur les résultats de cet examen concluait à la nature bénigne de ce premier fragment.

A quelque temps de là, M. Mackenzie fit une seconde tentative d'excision partielle de la tumeur. Cette fois il échoua, et c'est à la suite de cette seconde opération que M. Gerhardt accusa le confrère anglais d'avoir, par maladresse, entamé la corde vocale saine de son impérial patient. M. Mackenzie proteste énergiquement contre cette accusation, qu'il prétend avoir réfutée sur-le-champ. Au lieu du phlegmatique : « *It can be* » (1) que M. Gerhardt a placé dans sa bouche, il aurait répondu à son contradicteur qu'il se trompait. « Je lui montrai, dit-il, qu'avec ma pince (c'était un de mes propres instruments que j'avais fait venir), il était difficile, sinon impossible, de blesser une corde saine, même si on essayait. Les lames auraient coupé n'importe quoi *faisant saillie* sur la corde, mais non une surface unie comme celle d'un larynx sain... »

M. Mackenzie insiste longuement sur ce point. Il accuse son contradicteur d'avoir cherché à le discréditer dans l'opinion du prince malade « par un coup de théâtre artistiquement préparé ». Il nous apprend qu'on se bataille à coup d'ironies sur cette épisode, jusqu'à ce que le docteur Wegner eut mis fin à la discussion, en proposant aux médecins « de donner leur attention à des choses d'une importance plus pratique », autrement dit de s'occuper de leur malade et non de leur amour-propre.

Mais sur quoi, en réalité, se basait M. Gerhardt pour formuler son accusation? Sur les résultats d'un examen laryngoscopique fait avec une hâte précipitée, prétend M. Mackenzie. Et ce que le spécialiste allemand prenait pour une lésion traumatique, pour une entaille, n'était, au dire de M. Mackenzie « autre chose que de la congestion ». Il ajoute que le prince malade présentait « une tendance au développement soudain de congestion locale dans le larynx » qui fut remarquée par M. Mark Howell, par le docteur Wolfenden et par le professeur Krause, aussi bien que par lui, Mackenzie. On avait cru d'abord à une « *idiosyncrasie* de la gorge de son Altesse Impériale ». C'était bien pis.

En effet, M. Gerhardt avait employé le galvanocautère dans les premiers temps de la maladie du prince. Or, M. Mackenzie apprit, dans la suite, que ce traitement avait consisté « à appliquer la pointe rougie à l'intérieur du larynx *chaque jour*, pendant près d'une quinzaine ». Voilà dévoilée la cause de l'*idiosyncrasie* sus-dite. Car, ajoute, M. Mackenzie, « le fait que le prince impérial a été soumis à un régime aussi barbare explique tout d'abord la tendance des parties à se congestionner sans cause apparente, ce qui m'avait considérablement étonné. Tout le monde sait qu'une brûlure accidentelle est suivie d'une inflammation locale, et je ne connais pas de grâce d'état qui empêche une brûlure faite par un chirurgien d'être soumise aux conséquences ordinaires et naturelles. C'est là la raison pour laquelle on laisse toujours un intervalle suffisant entre les applications du galvanocautère. Aucune règle de pathologie n'est mieux établie que le rapport qui existe entre l'irritation locale ou les changements chroniques de tissu qui s'ensuivent et le développement du cancer. Que cette terrible maladie soit constitutionnelle ou non dans son origine, il n'est pas douteux que la cause déterminante de son apparition est, dans beaucoup de cas, une lésion comme un coup, on un état résultant d'une blessure, etc. »

M. Mackenzie s'étend sur ces rapports du cancer et de l'irritation; il cite à l'appui toutes sortes de preuves plus ou moins démonstratives. Finalement, il conclut dans les termes qui suivent :

« En définitive, si la tumeur était dans le début bénigne, il y a, dans mon opinion, toute raison de croire que les brûlures faites par Gerhardt sont responsables de la transformation subséquente de la tumeur en cancer; si cette tumeur était maligne dès le début, la maladie a été sans aucun doute aggravée par le traitement. » C'est net.

(A suivre.)

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, p.394.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

PSYCHIATRIE.—CLINIQUE DES MALADIES DU CERVEAU ANTÉRIEUR, par M. TH. MEYNERT. — Traduction française du docteur G. Consor (de Dinant). Premier volume. — Manceaux, éditeur, à Bruxelles.

Pour ceux qui veulent étudier les grandes questions de psychologie morbide, en raisonnant sur des faits et non sur des hypothèses, la publication française du livre du professeur Meynert est une bonne fortune, car il donne un exposé très complet de l'état de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie du cerveau et cherche à préciser les relations qui existent entre la structure de l'organe et les phénomènes normaux ou pathologiques auxquels il préside. « Mon intention, dit l'auteur dans sa préface, est de chercher l'interprétation des maladies du cerveau antérieur dans l'anatomie, la physiologie et la nutrition de l'organe, sources de tout progrès dans le développement de la science clinique. »

Le premier volume, qui vient seul de paraître, se divise en deux parties : une comprenant l'anatomie et l'autre la physiologie de l'encéphale. La première a le mérite d'exposer d'une façon très claire le développement et la structure de cet organe, clarté qui a son prix, quand on songe à la difficulté

que l'on a à lire la plupart des ouvrages qui ont la prétention d'enseigner l'anatomie du système nerveux. Malheureusement, cette qualité ne se retrouve plus dans la seconde partie, celle où l'auteur aborde l'étude de la physiologie fine de l'écorce cérébrale. Là, l'absence à peu près complète de divisions et de sommaires, l'accumulation des faits, expériences ou observations cliniques, les redites fréquentes et un manque d'ordre complet dans l'exposé du sujet, rendent la lecture de ce chapitre extrêmement pénible. Il est pourtant le plus intéressant de l'ouvrage et en même temps le plus utile à consulter, car il renferme la synthèse de toutes les découvertes récentes sur le fonctionnement des centres corticaux. La plus large place est laissée à l'étude des centres psycho-sensoriels, et c'est sur elle que se base une augmentation interminable dont le but est de démontrer que les cellules nerveuses ne possèdent, quelqu'elles soient, qu'une seule propriété fondamentale, l'irritabilité. C'est cette irritabilité qui donne naissance aux sensations et à toutes leurs conséquences, phénomènes réflexes, mouvements, etc., à condition toutefois que la cellule soit convenablement nourrie et stimulée par des excitants extérieurs. A lire, en particulier, les pages où il est question du mécanisme de la production, des phénomènes de la mémoire, et le chapitre qui termine l'ouvrage, sur le jeu de la physionomie et son importance au point de vue psychologique.

Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme, par le docteur J. Luys. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887.

Cet ouvrage, qui a pour sous titre : « Etudes de psychologie expérimentale faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques impressionnant à distance les réseaux nerveux périphériques », contient la relation des nombreuses expériences faites par M. Luys pour étudier l'action à distance des médicaments. Tout le monde se rappelle l'émotion qui s'empara du monde médical quand le résultat de ces expériences fut soumis à l'Académie de médecine, et chacun a lu le remarquable rapport qui fut présenté par M. Dujardin-Beaumetz au nom de la Commission nommée par elle pour vérifier ce qu'il y avait de fondé dans les faits avancés par M. Luys. Nous n'avons donc pas à analyser le livre qui les contient, car ils sont maintenant bien connus de tous ; nous nous bornerons à dire que la conviction ne naît pas de sa lecture. Bien au contraire, les objections à la méthode employée se présentent en foule à l'esprit, et l'on sait du reste qu'en s'entourant de précautions rigoureuses, pour ne pas être induit en erreur par l'habileté des hystériques à simuler, on n'obtient plus chez les sujets que des actions médicamenteuses, sans relation aucune avec les propriétés du médicament.

Les gynécomastes, par le docteur E. Laurent. Thèse de Paris, 1888.

L'hypertrophie des mamelles chez l'homme est un fait rare, qui ne s'observe guère que chez des lymphatiques ou des scrofuleux. Il existe une sorte de loi de balancement entre la mamelle et le testicule, une force compensatrice qui fait que, lorsque l'une s'hypertrophie, l'autre s'atrophie. C'est ainsi que certains individus peuvent voir leurs mamelles se développer accidentellement et leurs formes se féminiser à la suite d'orchites ou de mutilations.

En général, la mamelle du gynécomaste présente l'aspect et la forme de celle d'une fille pubère. Il existe quelquefois une seule mamelle ; il est très rare d'en rencontrer plus de deux. Elle est composée tantôt de tissu glandulaire analogue à celui de la mamelle de la femme, tantôt de tissu adipeux. Le plus souvent, le gynécomaste a subi un arrêt de développement des organes génitaux et présente les caractères du féminisme. Ce sont des débiles, rarement impuissants, mais souvent inféconds ; toujours impropres au service militaire.

Les seins du gynécomaste laissent quelquefois suinter par le mamelon un liquide ayant l'apparence du lait.

Paralysie douloureuse de la septième paire, par le docteur M. Testaz. — Thèse de Paris, 1887.

La paralysie *a frigore* de la septième paire est accompagnée, dans plus de la moitié des cas, par des douleurs du même côté de la face. Elles précèdent ordinairement la paralysie et semblent avoir les caractères des phénomènes douloureux de la névrite plutôt que de la névralgie. Comme le facial emprunte sa sensibilité au trijumeau et au pneumogastrique, ces douleurs peuvent s'expliquer par les connexions de ces différents nerfs crâniens, qui sont reliés entre eux par de nombreuses anastomoses.

La paralysie faciale possède donc une période prodromique douloureuse, dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours ; quand elle est courte, la paralysie paraît être bénigne ; elle est grave, au contraire, quand elle est longue.

Dans la majorité des cas, les paralysies faciales *a frigore* qui ne sont pas précédées de cette période prodromique sont de peu de gravité et guérissent facilement. Elle a donc une importance réelle au point de vue du pronostic.

Dr Georges Lemoine.

NOTES & INFORMATIONS

— Le Conseil général des Facultés et Ecole supérieure de pharmacie de Paris a tenu, sous la présidence de M. le recteur Gréart, sa première séance de l'année scolaire 1888-89. Il s'est occupé des affaires suivantes :

Emission d'un vœu en faveur du maintien de la chaire de chimie laissée vacante à la Faculté des sciences par la mort de M. Debray; approbation de cours libres à la Faculté de médecine ; décision à l'égard de l'emploi de quelques bourses d'études ; répartition entre les Facultés et l'Ecole de pharmacie des dispenses des droits d'inscription autorisées par la loi ; répartition des fonds communs affectés aux services des Facultés, lesquels comportent pour cette année une augmentation de 12,615 fr. 30. Enfin, comme plusieurs demandes de création de chaires nouvelles sont arrivées au Conseil, l'examen comparatif et le classement de ces demandes sont renvoyés à une commission spéciale.

Le banquet de M. Didiot.— Mardi, le docteur Didiot, médecin-inspecteur général de l'armée, qui vient de passer dans le cadre de réserve, a réuni dans un dîner, au Cercle militaire, un grand nombre de médecins militaires. Au nombre des invités figuraient les médecins-inspecteurs, les membres du Comité de santé, les anciens collaborateurs de M. Didiot à la 7e direction, la direction actuelle des professeurs du Val-de-Grâce et le lauréat de la promotion qui vient de sortir, les plus anciens officiers de santé des hôpitaux et corps de troupe du gouvernement de Paris, etc.

Cette soirée restera gravée pour toujours dans la mémoire de ceux qui y ont assisté, et M. Didiot a dû trouver dans la sympa-

thie et les regrets des médecins qui l'entouraient une juste récompense de son labeur passé, et de la patiente énergie qu'il a déployée pour amener le corps de santé à la situation qu'il occupe en ce moment.

— Statistique de l'Institut Pasteur — Pendant le mois de septembre dernier, 121 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

16 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement.

75 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

39 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Personnes traitées mortes de rage.

Couzinier (Jean), 65 ans, mordu par un chien le 12 septembre à l'arcade sourcillière droite : décollement d'un lambeau de peau de 1 cent. de largeur sur une étendue de 4 cent. Deux autres morsures sur le front. Deux éraflures à l'avant-bras gauche et une autre à la jambe droite. Traité du 12 septembre au 3 octobre. Le 6 octobre, Couzinier éprouve des douleurs dans la cicatrice de l'arcade sourcillière. Il se plaint du mal de tête. Le 8, il ressent des fourmillements surtout dans la partie droite de la peau du crâne et de la figure. Il ne dort pas et se plaint de douleurs dans les membres. Le 10, hydrophobie et aérophobie légères qui vont en augmentant le 11 et s'accompagnent d'excitation. Mort le 14 à l'hôpital Broussais.

Le bulbe du chien mordeur a donné la rage en 12 jours aux animaux auxquels il a été inoculé dans l'œil. Couzinier a été pris de rage trois jours après la fin du traitement.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Commission des prix* (année scolaire 1888-89). — *Prix Lacaze.* — MM. Potain, Jaccoud, Grancher, Dieulafoy, Straus. — Fournier, suppléant.

Prix Barbier. — MM. Trélat, Le Fort, Guyon, Duplay, Tarnier. — Panas, suppléant.

Prix Châteauvillard. — MM. Brouardel, Baillon, Verneuil, Laboulbène, Damaschino. — Hayem, suppléant.

Prix Jeunesse. — MM. Brouardel, Cornil, Gautier, Proust, Straus. — Dieulofoy, suppléant.

Prix de Thèses. — MM. Trélat, Potain, Guyon, Panas, Laboulbène, Cornil, Damaschino, Tarnier, Gautier. — Hayem, Fournier, suppléants.

Prix Corvisart. — G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter, Dieulafoy.

Cours d'histologie. — M. le professeur Mathias-Duval commencera ce cours le jeudi 8 novembre, à 5 h. (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours. — Les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux ; les éléments de la génération ; le système nerveux.

Cours de physique médicale. — M. le professeur Gabriel commencera ce cours le lundi 12 novembre, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera ce cours le mardi 13 novembre, à 3 h. (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie générale. — M. Ballet, agrégé, commencera ces conférences le samedi 10 novembre à 4 h., à la Faculté (salle Laënnec), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de clinique médicale. — M. le professeur Peter commencera son cours, à l'hôpital Necker, le vendredi 9 novembre, à 9 h. 1/2, à l'Amphithéâtre de médecine de cet hôpital, et le continuera les merdredis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique médicale. — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours à la Pitié le samedi 10 novembre, à 9 h. 1/2 du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 12 novembre, à 5 h. de l'après-midi, à la Faculté (Grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure, à la Faculté ; les mercredis, à l'Ecole pratique, à 1 h. 1/2, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au 2e étage.

M. Cornil fait des autopsies tous les jours (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — Consulter à ce sujet l'affiche concernant la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

— Le docteur Dubief commencera dans la première semaine du mois de novembre une série de leçons théoriques et pratiques de bactériologie.

Pour suivre ces leçons, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Cochin, tous les matins, à l'heure de la visite hospitalière.

Policlinique de chirurgie des femmes, du docteur Berrut, rue de Grenelle Saint-Germain, 151. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année :

Le jeudi, à neuf heures : Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes sur la présentation de leur carte. — A dix heures : Consultation.

La première leçon aura lieu le jeudi 8 novembre.

Hôpital Beaujon. — M. Léon Labbé reprendra ses conférences cliniques à l'hôpital Beaujon le mardi 6 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mardis suivants.

Lyon. — *Concours de clinicat.*—Les concours pour deux places de chefs de clinique médicale se sont terminés par les nominations de MM. Mouisset (service du professeur Lépine), et Roque (service du professeur Bondet).

M. Désir de Fortunet est nommé chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées (service du professeur Gailleton, à l'Antiquaille).

— Concours de l'externat. — Le Salut public, de Lyon, raconte qu'un incident assez grave s'est produit pendant le concours pour l'externat. Des étudiants, s'étant aperçus qu'un candidat avait eu connaissance du sujet à traiter, ont protesté énergiquement.

Le jury a dû annuler le concours et les épreuves orales ont recommencé. Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Mathieu, Teilleir, Allemand, Marotte, Lagoutte, Geley, Saclier, de Giverdy, Perriol, Tuja, Genoud, Barjon et Barraud.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté ministériel en date du 16 octobre, la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier, a été déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le docteur Deginès est maintenu, pendant l'année scolaire 1888–1889, dans les fonctions d'agrégé de chimie. M. Denigès est, en outre, maintenu, pendant

l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Rossignot. De la gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant. — M. Ter Grigoriantz. Hémiplégie chez les enfants.

Mlle Goldspiegel. Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. — M. Le Roux. Contribution à l'étude de l'artérite syphilitique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 OCTOBRE 1888.

Fièvre typhoïde 18.— Variole 3.— Rougeole 6.— Scarlatine 3. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup, 25. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 210.— Autres tuberculoses 21. — Tumeurs : Cancéreuses 48. — Autres 6. — Méningite 32. — Congestion et hémorr. cérébrales 58. — Paralysie 13.—Ramollissement cérébral 12.—Maladies organiques du cœur 69.— Bronchite aiguë 26. — Bronchite chronique 40. — Broncho-pneumonie 23.— Pneumonie 70. — Gastro-entérite : Sein 16. — Biberon 41. — Autres 0. — Fièvre et périt. puerpérales 5. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 17. — Sénilité 35. — Suicides 14. — Autres morts violentes 12. — Autres causes de mort 156. — Causes inconnues 11. — Total de la semaine: 996 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix: 2 fr.50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier par le docteur Baumel, professeur agrégé. Tome 2e : Pathologie des annexes.Un volume in-8o avec 3 planches lithographiées. — Prix : 8 francs.— Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8o : 17 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin consultant à la Bourboule. Nouvelle édition. — 1 vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, professées à l'hôpital Necker par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, recueillies et publiées par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux. Un fort volume in-8o de 1,112 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay, professeurs à la Faculté de médecine. Tome VII, fasc. 3. — Maladies des organes génitaux de la femme. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE;**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
J. ARNOULD (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie **O. DOIN**, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 52, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR DEUX CAS D'ABCÈS DU CERVEAU; — DES ABCÈS CÉRÉBRAUX, par A. SOUQUES, interne des hôpitaux.

Les abcès du cerveau présentent, d'ordinaire, une symptomatologie confuse qui est propre à la plupart des tumeurs de l'encéphale, et qui expose, par conséquent, à de nombreuses erreurs de diagnostic. Il est pourtant un certain nombre de caractères qui permettent, dans des circonstances données, d'éviter l'erreur et d'intervenir utilement.

Nous voulons apporter simplement ici deux observations que nous avons recueillies récemment et les faire suivre d'une revue générale sur les abcès cérébraux :

OBSERVATION I. — Elise D...., trente-six ans, journalière, entre à l'hôpital Cochin le 7 août, salle Viel, lit n° 2, dans le service de M. Gouraud, suppléé par M. Leroux.

Pas d'antécédents. Pas de syphilis. En 1877, reçoit, à la Nouvelle-Calédonie, trois coups de hache à la tête, un ayant sectionné le facial du côté droit, le second l'oreille correspondante, le troisième ayant perforé la région frontale du même côté. Consécutivement, paralysie faciale droite et hémiplégie gauche.

Quelques jours après, accès d'épilepsie jacksonnienne, qui se sont renouvelés depuis tous les ans à des époques variables. Début brachial. Depuis quatre ans, les attaques épileptiques ont cessé

A son entrée, on trouve une hémiplégie gauche avec contracture secondaire, exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. Paralysie faciale droite. Trois grandes cicatrices : l'une parallèle à l'arcade zygomatique à 1 centimètre au-dessous, étendue de l'arcade à l'angle externe de l'œil; l'autre parallèle à l'axe de l'oreille, ayant divisé le pavillon et intéressé l'apophyse mastoïde; la troisième dans la région fronto-temporale droite en forme de virgule, étendue de la suture sagittale à deux travers de doigt au-dessus de l'oreille.

En outre, la malade présente des vomissements alimentaires et bilieux. Céphalalgie frontale plus marquée à droite. T. 38o.

10 août. — Vomissements diminuent. Céphalalgie persiste. Langue saburrale. Constipation. T. 38°. P. 84.

19 août. — Température et pouls normaux. Plus de vomissements, peu de céphalalgie.

23 août. — Coma. Température normale. P. 60, petit, inégal, régulier.

25 août. — Mort dans le coma. T. 39o.

A l'autopsie, fracture de la voûte du crâne dans la région fronto-temporale. Tumeur enkystée au-dessous de la dure-mère; au niveau de la région motrice du côté droit, tumeur du volume d'une orange; à l'incision, issue d'un pus de couleur et d'odeur normale. Destruction des circonvolutions fronto-pariétales autour du sillon de Rolando, dans la partie correspondante à la poche purulente enkystée. Un peu d'encéphalite suppurée en ce point La destruction est profonde et touche presque au ventricule latéral. Le reste du cerveau est normal. Les organes sont sains.

OBSERVATION II. — Rimbaud, trente-trois ans, journalier, entre le 8 octobre 1888, salle Bichat, lit no 1.

Le malade est apporté à l'hôpital Cochin dans le coma. Pas de renseignements, sauf le diagnostic de fièvre typhoïde porté en

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir les numéros 39, 40 et 41.

VII. M. Jules Cyr n'est pas un inconnu en tant que médecin littérateur. Il y a cinq ou six ans, nous avons rendu compte ici même (1) d'un volume fort humouristique, intitulé : *Impressions et aventures d'un diabétique à travers la médecine et les médecins*. Aujourd'hui, avec les *Scènes de la vie médicale* (2), M. Cyr pénètre en quelque sorte plus avant dans notre monde professionnel.

Il y fait preuve d'un grand esprit d'observation, et la forme du récit est très séduisante, étant correcte et reproduisant le vrai presque aussi bien qu'un photographe. Ici c'est l'histoire des premiers tâtonnements d'un jeune médecin en période d'installation; là est dépeinte son émotion lors du premier accouchement. Puis ce sont les péripéties de consultations avec diverses notabilités médicales, où l'on aperçoit une grande variété diversité d'allures des médecins consultants (pédant, bon enfant, arrogant, protecteur).

Qu'il s'agisse de négociations matrimoniales ou d'intrigues politiques de petite ville; de bonnes fortunes ou d'ennuis professionnels, on trouvera toujours la note juste dans le livre de M. Cyr. *Note juste* n'est pas suffisant : le ton et l'accompagnement en sont toujours très agréables.

Mais la vie du médecin de province a bien des déboires. Aussi l'auteur qui, sans se mettre en vue, ne réussit pas à se dissimuler complétement derrière la variété des tableaux, l'auteur, dis-je, lassé des ennuis d'un séjour, ou mieux d'un apprentissage, dans une petite localité, passa d'abord dans une sous préfecture, puis enfin se décida à rentrer à Paris. Ici les scènes changent : choix d'une spécialité; lancement d'un nouveau médicament; fondation d'un nouveau journal *mieux fait que les autres*; séances du comité de rédaction; difficultés du *modus faciendi*, pour arriver à *percer*,

(1) Voir la GAZETTE MÉDICALE de 1881, p. 597.
(2) Un volume in-12 de 300 pages. Paris, 1888.—J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

ville. Langue bonne, pas de fièvre, pas de diarrhée, pas de sensibilité abdominale. Contracture des masséters et des membres passagère. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

9 octobre. — Même état. Pouls régulier, respiration normale. T. 37°

10 octobre. — Contracture généralisée passagère. Sueurs profuses. Mort dans le coma et avec des mouvements érotiques. T. 38°,8.

A l'autopsie, rien d'intéressant dans les organes thoraciques et abdominaux. Dans le cerveau, suffusions sanguines dans les deux lobes occipitaux. Aspect extérieur du cerveau normal. A l'extrémité antérieure du lobe frontal gauche, empiétant sur les faces inférieure et externe, un foyer d'aspect lisse, fluctuant recouvert d'une mince couche de substance corticale. Incision, issue d'un pus verdâtre, fétide. Volume de pomme d'api; parois de l'abcès lisses, régulières, sans anfractuosités.

Rien dans le reste du cerveau.

De ces deux observations, on peut tirer quelques enseignements utiles. Dans la première, il s'agissait d'un abcès traumatique tardif survenu onze ans après la blessure. En raison de cette longue échéance, et en présence des phénomènes diffus observés quelques temps avant la mort, malgré la notion étiologique, le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse fut porté et l'intervention chirurgicale rejetée. Il est pourtant probable que, si la trépanation était intervenue, on eut paré aux accidents mortels sans remédier aux accidents irrémédiables d'hémiplégie. Dans la seconde, il n'y avait aucun signe de localisation qui put guider le chirurgien, en raison du siége de la collection purulente. Il n'y avait aucun traumatisme apparent de la boîte crânienne et, du reste, l'autopsie n'a révélé aucune altération des os du crâne, pas plus que de l'oreille moyenne. Dans ces conditions, le diagnostic était malaisé, pour ne pas dire impossible.

En matière de conclusion, on peut dire que les abcès du cerveau sont souvent méconnus, et que, dans certains cas douteux, une couronne de trépan doit être immédiatement appliquée. C'est, du reste, la conclusion qui ressortira de l'étude suivante sur les encéphalites suppurées.

L'encéphale, malgré son enveloppe osseuse qui le protège, n'est pas à l'abri des suppurations; il peut même former du pus assez rapidement. D'ordinaire, l'encéphalite complique les plaies de tête, avec ou quelquefois sans lésion des os. Aussi en trouve-t-on de bonnes descriptions dans les traités de chirurgie, notamment dans l'ouvrage de Bruns. Les documents relatifs aux abcès consécutifs aux caries des os du rocher, aux ostéites et aux périostites du crâne, quelle que soit leur nature, ne manquent pas dans la science.

A côté de ces abcès d'origine traumatique bien connus depuis longtemps, il en existe d'autres moins nombreux développés sans cause apparente et désignés sous le noms d'abcès spontanés. A ce sujet, on trouve d'excellents renseignements dans les travaux de Lallemand, de Lebert, de Gull, de Hayem. Deux thèses beaucoup plus récentes sur les abcès spontanés du cerveau ont été soutenues, l'une à Paris, par Guillerie, en 1882, l'autre à Nancy, par Stahl, en 1883. La même année, M. A. Robin, dans sa thèse d'agrégation sur les affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif, résumait l'état de nos connaissances sur la question, en consacrant un long chapitre aux abcès cérébraux.

Depuis cette époque, les travaux sur ce sujet ne font pas défaut. Sans parler des bulletins de la Société anatomique, où on peut en recueillir de nombreuses observations, on rencontre, tant en France qu'à l'étranger, d'intéressants mémoires sur ce sujet. Dans cette phase tout à fait contemporaine, la thérapeutique occupe la plus grande place. Fenger et Lee, en 1884, insistent sur l'emploi des ponctions exploratrices multiples et le drainage de la cavité de l'abcès. Rose, au contraire, fait remarquer le caractère insidieux comme marche de ces abcès et signale leur guérison possible sans intervention, par suite d'enkystement ou d'évacuation spontanée par la cavité des fosses nasales. Il s'étend sur ce mode de terminaison, qu'il considère comme fréquent; il fait valoir enfin l'incertitude et la difficulté de leur traitement, quand il n'y a pas de signes de localisation nets et des traces antérieures d'une ancienne plaie du crâne.

Les abcès du cerveau ont encore été étudiés récemment par J.-H. Bryan, dans le JOURNAL OF AMER. ASSOC., 1888; par Thomas Barr, dans le BRITISG MED. JOURNAL; par Wilson, dans le MED. NEWS. Dans tous ces mémoires, la trépanation tient une grande place, place qu'elle doit à la découverte des localisations cérébrales.

Le pus présente, dans l'encéphale, les mêmes éléments caractéristiques que dans les autres tissus, c'est-à-dire des

---

voilà autant de sujets de chapitres différents. J'allais oublier la description d'un banquet en l'honneur d'un confrère et d'un ami *promu*, un chapitre consacré à décrire les visites intéressées des médecins d'eaux, des diners et des soirées, à grand orchestre, du laryngologiste Lemasson, etc.

Rien ne manque pour rendre attachante la lecture de ce volume : la mesure, le style, le charme du récit, en font un livre des plus attrayants et capable d'intéresser un public plus étendu que celui des médecins.

Pour sauvegarder les droits de la *critique*, me sera-t-il permis de signaler à M. Cyr une double irrégularité grammaticale à la page 162 de son livre. On y lit : « L'heure d'ailleurs est au journalisme... Jamais on en (1) a tant vu, et presque tous font leur chemin. » Evidemment, la fin de la phrase fait allusion aux journaux et non au journalisme.

« *Qui bene amat bene castigat.* »

VIII. M. le docteur Albert Deschamps (de Riom) a publié sous forme de brochure (1) une conférence faite au Palais des Facultés de Clermont-Ferrand sur les *Névroses et le Pessimisme*. Plus intéressant qu'il n'est long, cet opuscule révèle chez l'auteur des qualités littéraires et philosophiques assez rares dans notre monde médical. M. Deschamps, en effet, connaît aussi bien littérairement que médicalement parlant, la question du pessimisme, et il a réussi à en parler élégamment et d'une manière compréhensible au public peu initié. Il ne se contente pas d'avoir lu les dernières œuvres de Paul Bourget et le travail de Caro sur Léopardi, Schopenhauer et Hartmann; il sait remonter plus haut et trouve la généalogie de nos névrosés non seulement dans le roman de Gustave Flaubert (M^{me} Bovary) ou dans celui de *Rouge et Noir*, de Stendhal, mais aussi dans l'*Obermann* de Sénancour, le *René* de Chateaubriand, le *Manfred* de Byron et le *Werther* de Gœthe.

Après un aperçu saisissant du *mal du siècle*, M. Deschamps termine par un coup d'aile, cherchant à élever son auditoire au-dessus de nos petites misères; et prêchant le bon combat aux générations qui se préparent ou plutôt aux femmes qui nous préparent une génération nouvelle.

(1) Ici évidemment la faute est imputable à l'imprimeur.

(1) In-18 de 38 pages. Paris, 1888. — O. Doin, éditeur.

leucocytes. On sait, depuis les théories récentes, que la diapédèse de Conheim est subordonnée à la pénétration dans les vaisseaux de micro-organismes. Le globule du pus n'est plus le globule blanc, la cellule lymphatique banale; il renferme des microbes. Si le plus souvent on dépiste l'excoriation, la plaie qui a servi de porte d'entrée, il est cependant des cas où l'on cherche en vain le point de pénétration. Ces considérations nous permettent de rejeter de notre cadre les ramollissements avec infiltration de pus décrits par Lallemand, les prétendus ramollissements inflammatoires de Bouilland, de Durand-Fardel et de Calmeil. Il n'y a ici que des corps granuleux, des corpuscules de Glüge; il n'y a pas de pus véritable.

Du reste, l'expérimentation permet de suivre le processus. On voit dans le cerveau que le pus se forme aux dépens des éléments conjonctifs de la névrolgie et des vaisseaux; les parties envahies se liquéfient, s'altèrent. Les noyaux des cellules nerveuses deviennent libres et sont mêlés aux globules purulents. Les tubes nerveux des parties blanches ne sont plus reconnaissables. Le tout finit par subir une sorte d'enkystement. Ainsi, le foyer enflammé est consitué par des leucocytes dégénérés et par les débris des tissus infiltrés. Le pus contient bien des microbes, mais on ne les voit que difficilement; si on veut les trouver abondants et actifs, c'est dans la paroi de l'abcès, point où le processus enflammatoire est encore en pleine activité. Les abcès du cerveau sont accompagnés ou suivis d'un travail de réaction qui marche, le plus souvent, avec une certaine lenteur et qui aboutit à une forme sclérotique.

En se basant sur les données étiologiques, l'encéphalite suppurée reconnaît diverses variétés. Autrefois, il était question d'abcès primitifs du cerveau; aujourd'hui, leur nombre se restreint de plus en plus. En réalité, les abcès idiopathiques ont vécu; on ne reconnaît guère que des abcès symptomatiques. Ceux-ci peuvent se subdiviser en trois catégories :

1° Les abcès de cause générale;

2° Les abcès traumatiques;

3° Les abcès dus à des suppurations des os du crâne et de l'oreille moyenne particulièrement.

Telle est la classification adoptée par MM. Broca et Sébileau dans une récente Revue générale publiée dans la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Les abcès de cause générale comprennent tout d'abord ceux de la pyohémie; dans ces cas, on rencontre d'ordinaire des collections purulentes dans divers organes de l'économie, et la cause est le plus souvent facile à retrouver. Ils comprennent encore certains abcès mal connus liés à des affections pulmonaires.

Virchow en a signalé dans la gangrène du poumon, Biermer dans les vieilles bronchites fétides; enfin Nœther, sur cent autopsies de ce genre, a relevé huit abcès cérébraux. Dans ces observations, on ne trouve pas de pus collecté dans les autres organes et il semble y avoir là une sorte de prédilection pour l'encéphale. D'autre part, et c'est là un point important en thérapeutique, presque toujours, pour ne pas dire toujours, ces abcès sont multiples. Il nous faudrait encore classer dans ce chapitre les abces tuberculeux, mais une certaine confusion semble régner à ce sujet entre les abcès liés à des affections pulmonaires et les abcès tuberculeux qui, comme les précédents, ne sont presque jamais uniques.

Les abcès traumatiques sont beaucoup mieux connus. On les divise en corticaux ou précoces et profonds ou tardifs. Les premiers suivent à bref délai l'apparition du traumatisme: ils sont difficiles à diagnostiquer, car ils coïncident avec l'inflammation diffuse des méninges. Les seconds sont plus difficiles à expliquer. Dans certains cas, l'infection est facile à constater : il y a fracture compliquée, il y a pénétration d'un corps étranger et la voie d'introduction des micro-organismes apparaît immédiatement. Que si, au contraire, il s'agit d'une fracture qui n'a pas atteint la dure-mère, d'une simple plaie du cuir chevelu, la porte d'entrée du microbe n'est pas facile à retrouver; rien d'apparent ne semble conduire à ce foyer purulent situé souvent au milieu d'un hémisphère cérébral. Il y a en apparence une espèce d'indépendance entre ces abcès et la blessure originelle. C'est là un point intéressant au double point de vue du diagnostic et du traitement, car on ne saura où se diriger quand il s'agira d'intervenir.

Les abcès consécutifs aux suppurations des os du crâne affectent une pareille indépendance. Néanmoins, les abcès liés aux affections suppuratives de l'oreille moyenne et du rocher ont des sièges d'élection qui peuvent servir de guide. Le rocher est en rapport immédiat avec le cerveau et ses enveloppes;

Et il leur demande, en terminant, d'apporter à cette œuvre une abnégation de Spartiate, un dévouement de Romaine. Mais, ajoute-t-il « vous êtes plus que tout cela, vous êtes des Françaises et vous ferez de vos enfants des hommes et des Français ».

IX. M. le docteur Edgar Bérillon a cherché, dans une curieuse brochure (1), à montrer les applications de la suggestion à la Pédagogie et conclut à son utilité lorsqu'il s'agit de guérir des habitudes vicieuses, des défauts graves de caractère, des tics nerveux, des incontinences et des terreurs nocturnes, des chorées, des névroses, de la parésie intellectuelle, en un mot un grand nombre des troubles mentaux et des instincts pervers qui pourraient placer, dans un avenir prochain, celui qui en est atteint dans les conditions sociales les plus défavorables.

En terminant, l'auteur affirme qu'il n'a jamais vu survenir, chez les enfants soumis au traitement par l'hypnotisme, le moindre accident consécutif. Au contraire, l'enfant, qui constate l'amélioration survenue dans son état, n'est pas le dernier à l'apprécier. Il est très rare qu'il ne témoigne pas à l'hypnotiseur, qui l'endort uniquement dans un but curatif, la plus vive reconnaissance.

Nous sommes heureux d'enregistrer cette assertion rassurante de la part du directeur de la REVUE DE L'HYPNOTISME.

X et XI. Il ne se passe d'années que l'infatigable professeur de Pavie, M. A. Corradi, ne publie quelques travaux originaux, toujours bien fouillés, et par conséquent remarquables. Au dernier Congrès d'Hygiène de Vienne, il avait prononcé un discours sur la *Longévité dans ses rapports avec l'histoire, l'anthropologie et l'hygiène* (1). Cet important mémoire, communiqué en français dans la seconde séance générale du 6e Congrès international d'Hygiène, M. A. Corradi l'a reproduit en italien dans toute sa plénitude, c'est-à-dire avec les développements dont il n'avait donné d'abord qu'un sommaire, dans la revue mensuelle qu'il dirige avec tant de savoir, les (ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA, t. 281).

(1) *De la Suggestion et de ses applications à la Pédagogie*, broch. in-8° avec quatre figures dans le texte. Paris, 1888. — Librairie Jacques Lechevalier.

(1) Brochure in-8° de 44 pages. Milan. — Fratelli Rechiedei, éditeur.

d'autre part, il existe entre ces deux organes des anastomoses vasculaires qui rendent parfaitement compte du retentissement des lésions de l'oreille sur l'encéphale. Les veines de la caisse se jettent en partie dans la veine méningée moyenne, en partie dans le plexus veineux péricarotidien ; en outre, le sang veineux du labyrinthe est repris par les veines vestibulaires tributaires du sinus pétreux supérieur, de telle manière que le rocher non seulement affecte, avec six de ses principaux sinus de la dure-mère, des rapports de voisinage, mais encore jette dans le système veineux de ces sinus une grande partie de ses veines efférentes. On conçoit aisément la conséquence pathologique de pareils contacts. Toutes les affections de l'appareil auditif, dit M. Duplay, peuvent causer des troubles cérébraux. Dans l'immense majorité des cas, c'est l'otite moyenne suppurée chronique qui est la cause dominante. D'après les statistiques de Wreden, il y aurait des abcès du cerveau dans 14 0/0 des cas d'otorrhée chronique. Du reste, les phlegmasies de l'oreille interne et de l'oreille externe peuvent aussi produire des abcès cérébraux, quoique beaucoup plus rarement. D'après Lasègue, les abcès de l'encéphale consécutifs aux lésions de l'oreille se répartiraient de la façon suivante :

Abcès du cerveau..................	101
— du cervelet..................	28
— de la protubérance..........	1
— du quatrième ventricule....	1

Le mécanisme de ces abcès est souvent difficile à apprécier. Diverses hypothèses ont été émises. Quelquefois la transmission se fait par contiguïté ou par continuité. Mais quand il s'agit d'abcès séparés de la lésion osseuse par une zone de tissu, sain la pathogénie est plus obscure. Budd suppose que l'inflammation suit la voie veineuse; Urbantschitsch qu'elle se propage, non par la cavité vasculaire, mais le long des tractus cellulaires et des vaisseaux, jusqu'aux parties profondes. L'incertitude augmente quand il s'agit de spécifier le procédé par lequel les vaisseaux servent d'intermédiaire. La propagation directe intra-vasculaire est exceptionnelle. Brown-Séquard émet l'hypothèse des inflammations réflexes; pour lui, les abcès du cerveau, distants du foyer, reconnaissent cette origine. C'est en présence de ces incertitudes qu'a pris naissance la théorie microbienne. La migration des micro-organismes explique les abcès distants du foyer; s'ils ne provoquent sur leur trajet aucune réaction morbide, c'est que leur action ne s'exerce que lorsqu'un arrêt dans l'intimité de la substance cérébrale par des conditions locales physiques ou fonctionnelles leur permet de manifester leur influence nocive.

(A suivre.)

REVUE D'HYGIÈNE

Hygiène professionnelle: I. Recherches expérimentales sur les poussières de meunerie. — II. Des accidents produits par les pétrisseuses mécaniques. — III. L'industrie du zinc et son influence sur la santé des ouvriers.

I. M. Poincaré a fait des recherches expérimentales sur les effets des poussières de meunerie, lesquelles renferment des particules terreuses et d'autres cristallines, des barbes de blé, des débris de trame végétale, des grains d'amidon généralement en petite quantité, une grande proportion de graines dites de nielle, des plaques de charbon et de carie du blé(1). Sur 20 cobayes exposés d'une manière continue à ces poussières, 10 y sont morts naturellement et 10 ont résisté pendant deux ans. Ce sont les trois plus jeunes cobayes qui ont succombé les premiers, après 24, 15 et 13 jours. La plupart des cobayes adultes ne sont morts qu'au bout de onze mois au plus tard et de quatre mois au plus tôt. Il y avait d'ordinaire une pneumonie catarrhale plus ou moins générale et parfois de la pneumonie interstitielle « Dans 1 ou 2 cas, les trabécules étaient épaissies et devenues scléreuses. Cette sclérose partielle se singularisait par sa pauvreté en fibres conjonctives et était formée par une substance fondamentale cornée.»

Pour l'auteur, il est probable que la production des points de pneumonie interstitielle et de sclérose, qui supposent une pénétration plus profonde, est due plus spécialement aux particules minérales, les particules végétales limitant d'habitude leur action irritante à la couche épithéliale. Plus souvent encore, il y avait des points d'imprégnation d'hématies, avec ou sans production de cristaux sanguins. Enfin quelques poumons présentaient à l'œil nu un véritable piqueté hémorrhagique.

Les poussières pénètrent, avant tout, dans les poumons;

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, t. XXII, p. 38.

Répéter que son érudition est toujours impeccable, que son jugement est des plus sains, que son style est rempli de saveur, à quoi bon? Tout le monde le sait.

Et voici que, sans le vouloir, je vais m'exposer à des redites en donnant maintenant mon appréciation sur le nouveau travail que nous venons de recevoir. Il s'agit ici des saignées périodiques qui se pratiquaient dans les couvents des divers ordres religieux(1). Ce mémoire, lu dans les séances des 14 et 21 juillet 1887 de l'Institut Royal des sciences et des lettres de Lombardie, présente en 55 grandes pages in-4° une étude historique des plus intéressantes. Les documents confirmatifs reproduits en appendice nous montrent les statuts des divers ordres relativement à la *Minutio Sanguinis* : Chartreux, Bénédictins, Camaldules, Cisterciens, Célestins, Chanoines réguliers de Saint-Augustin, Gilbertins, Dominicains, Servites, Humiliés, Ordre du Val-des-Choux, Sœurs de Sainte-Marie Magdeleine, Sœurs Dominicaines, Prémontrés, Augustins, Carmélites et *Cavalieri Gaudenti*. Il semble que tous les ordres religieux aient voulu diminuer la violence des passions de leurs adhérents en leur ôtant un peu de sang, de cette *chair vivante*, comme disait Bordeu.

Bien plus, les auteurs des statuts signalaient certains jours comme dangereux, tant pour pratiquer la saignée que pour entreprendre un voyage. Les jours défavorables étaient formellement indiqués : En janvier, ce sont les 3, 4, 5, 9 et 13. En février, les 13, 17, 19 ; en mars, les 13, 15 et 16 ; en avril, les 5 et 14 ; en mai, les 8 et 14 ; en juin, il n'y a qu'un jour, le 6 ; en juillet, les 16 et 19; en août, les 8 et 16 ; en septembre, les 1, 15 et 16 ; en octobre seulement, le 16 ; en novembre, les 15 et 16 ; et en décembre, les 6 et 11. Le 16 est décidément un jour néfaste ; dans 5 mois sur 12, il se trouve proscrit.

Il y avait un jour par mois spécialement bon pour la saignée, et certains jours étaient absolument mauvais (Voir le *Traité de la Saignée*, de G. Léonard Tufarello de Morano (Calabre). En outre, on prescrivait un régime spécial pour chaque mois.

Que dire de ces préceptes? S'appuyant exclusivement sur l'expérience, sur les observations répétées, ils pourraient être pris en considération. Pourquoi? Nous en ignorons la véritable raison.

(1) *Della minutio Sanguinis e dei salassi periodici*. Milan. — Typographie Bernardoni di C. Rebeschini e C.

mais une partie est aussi déglutie et descend dans les voies digestives. Les particules minérales peuvent même irriter la muqueuse stomacale au point d'y engendrer un piqueté hémorrhagique.

M. Poincaré avait pensé *a priori* que cette ingurgitation continue devait amener, au moins à un faible degré, les conséquences d'un véritable gavage. Il comptait aussi rencontrer presque constamment la dégénérescence graisseuse du foie. Mais celle-ci n'a été réellement accentuée que 3 fois; 6 fois elle a été partielle, et même très peu étendue dans 3 cas.

II. M. A. Auffret a eu l'occasion d'observer deux fois des accidents produits par les pétrisseuses mécaniques et a essayé de rendre compte du mécanisme de ces blessures (1). Sur l'homme qui fait le sujet de la première observation, les ailes de l'hélice avaient frappé violemment d'abord la main (première branche), ensuite le coude (deuxième branche), pour les briser comminutivement; mais le membre, peu engagé, partiellement protégé par la pâte, ne fit pas cran d'arrêt et put être dégagé.

Chez le second blessé, l'avant-bras, saisi au poignet, passa à la filière : la première branche hélicoïde fixa le poignet et l'avant-bras en les broyant; la seconde s'abattit sur le coude et sur la partie inférieure du bras, qu'elle broya de la même façon.

Si le devoir du chirurgien est de guérir, dit M. Auffret, il est aussi de rechercher les causes des accidents et de les prévenir quand cela est possible. Tous les ouvriers employés à la pétrisseuse mécanique se servent, en cachette, de la petite gratte métallique qui, tenue très avant dans la main droite et étant très courte, fait corps avec la main; aussi quand, par mégarde, la gratte est saisie par l'hélice, la main l'est aussi presque infailliblement.

Pour M. Auffret, loin d'interdire la gratte, il faut la permettre, mais la rendre réglementaire pour la rendre inoffensive. Il faut d'abord en recourber le bord à angle droit, sur le plat, et la monter sur un manche léger de 0m. 40, de manière à pouvoir, à cette distance, ramener les débris de pâte, les bavures, sous les branches mobiles. Mais il sera bien entendu que l'ouvrier aura plusieurs de ces petite instruments à sa disposition, qu'il pourra et devra les abandonner, s'ils sont saisis par la branche de l'hélice, sans la crainte d'encourir une punition (sous peine d'annuler l'économie de la mesure).

Cette précaution accorderait les intérêts de l'Etat avec ceux de l'humanité.

(1) ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE, juin 1888, p. 443.

III. M. le docteur Tracinski, dans un travail intéressant(1) que M. le docteur Bex a consciencieusement traduit (2), a étudié l'influence sur la santé des ouvriers de l'industrie du zinc dans la Haute-Silésie. Quoique leur salaire soit relativement élevé (3 et 4 francs par jour), ces ouvriers sont considérés comme les parias de la classe ouvrière, en raison de la nature de leur travail qui les épuise physiquement, sans faire aucunement appel à leur intelligence. Mais une part bien grande revient aussi à l'action démoralisante qu'exerce la présence simultanée, dans les ateliers, de nombreuses femmes que les ouvriers finissent par épouser, bien qu'elles soient hors d'état de tenir convenablement un ménage. Enfin, un grand nombre d'ouvriers en zinc se livrent aux excès alcooliques (par eau-de-vie).

La profession d'ouvrier en zinc nécessite un grand déploiement de forces corporelles pour mouvoir des matières lourdes, minerais et combustibles, et manier des outils en fer pesant jusqu'à 20 kilos. Cependant les hernies et les goîtres, par suite d'efforts, sont moins fréquents que chez les mineurs de la même région. Le maniement de lourds instruments se traduit fâcheusement. La pression continue du fer amène à la paume des mains la formation d'un épiderme calleux, au-dessous duquel se produisent de fréquentes suppurations du tissu conjonctif sous-cutané. Les panaris sont également très nombreux (31 cas en une année, dans une usine comptant 1,400 ouvriers). Les traumatismes (le plus souvent simples contusions), sont communs; car, dans la même usine, on en a noté 92, alors que parmi les mineurs on n'en comptait que 33 sur 1,000 ouvriers. Les lumbagos sont également beaucoup plus communs que chez les mineurs.

(1) *Deutsche Vierteljahrschrift für œffentliche Gesundheits pflege*, t. XX.

(2) ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, mai 1888.

Ce ne sont que des résultats d'observation, au même titre que la plupart des adages de l'Ecole de Salerne :

« *Principiis obsta*, etc. »

avaient écrit les maîtres de cette Ecole; mais y avait-il là un conseil inédit? Assurément non. Car, bien avant qu'on lui enseignât la médecine à Salerne, Plutarque, dans ses *Œuvres morales*, avait dit : « Il faut surtout apporter la plus grande attention aux premiers symptômes et aux premières atteintes » (*Principes d'hygiène*; voir la traduction Bétolaud, t. I, p. 303).

En somme, on voit une fois de plus qu'il n'y a rien de bien nouveau sous le soleil et que l'expérience est contemporaine de la logique. Si les moyens d'étude, si les méthodes d'examen s'améliorent, la saine observation est de tous les temps.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

THÈSES. — Mercredi 14 novembre. — M. *Soca* : Etude clinique sur la maladie de Freidreich (MM. Charcot, Damaschino, Joffroy, Landouzy). — M. *Mignon* : De la fièvre dans la phtisie chronique et de son traitement par la créosote (MM. Damaschino, Charcot, Joffroy, Landouzy).

Jeudi 15 novembre. — M. *Bussat* : Traitement chirurgical de l'ongle incarné (Procédé Quenu) (MM. Le Fort, Duplay, Brun, Quenu). — M. *Duras* : De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin (MM. Duplay, Le Fort, Brun, Quenu). — M. *Regnault* : Des altérations crâniennes dans le rachitisme (MM. Grancher, G. Sée, Hutinel, Ballet). — M. *Tabarand* : Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie (MM. G. Sée, Grancher, Hutinel, Ballet).

— M. Schwartz, agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe, le jeudi 15 novembre 1888, à 3 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur Potain a commencé son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 6 novembre 1888, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

Les épaules aussi sont fréqnemment atteintes de rhumatisme. La sciatique opiniâtre n'est pas rare non plus. L'héméralopie, occasionnée par la vive lumière des fonrs, est relativement commune.

L'obstruction des orifices des glandes sébacées par les poussières est assez souvent le point de départ d'affections du condnit auditif externe et du tympan. D'antre part, en combinant leur action avec celle de la chaleur, les poussières sont l'origine de conjonctivites et de kératites. Les poussières inhalées donnent lieu à des maladies des organes respiratoires. Dans les usines de la Hante-Silésie, cette catégorie d'affections forme plus du quart des cas de maladies internes traitées par le médecin. Le catarrhe bronchique à l'état aigu ne se rencontre que chez les nouveaux ouvriers. C'est la forme sèche qui prédomine.

L'emphysème pulmonaire se rencontre très communément. La pneumonie franche, sans être plus répandue chez les ouvriers en zinc que chez les autres, y serait, contrairement à l'opinion de Hirt, plus grave, parce qu'elle est très souvent donble et entraîne alors une mort rapide par œdème aigu des poumons. La tuberculose pulmonaire est relativement rare. Les gaz qni vicient l'air des zingueries sont principalement l'acide carbonique, l'oxyde de carhone et l'acide sulfureux.

Les vapeurs d'acide sulfurique occasionnent, surtout parmi les grilleurs de minerai, des affections oculaires.

Mais ce sont les vapeurs métalliques qui jouent le principal rôle dans la pathologie des zingueurs :

Le *zinc*, qui agit sur la partie inférieure de la moelle épinière ; le *plomb* et l'*arsenic*, dont les effets sont connus ; et enfin le *cadmium*, qui, d'après les expériences de Marmé, amène une gastro-entérite, une émaciation considérable et de la dégénération graisseuse du foie, du cœur, etc.

En définitive, d'aprés Tracinski, la santé des ouvriers de la métallurgie du zinc est compromise surtout par les émanations gazeuses et par les refroidissements. Les deux conditions indispensables pour y remédier seraient l'introduction des fours Siemens et de condensateurs munis de cheminées d'appel. Ensuite, durant le nettoyage des moufles, il fandrait empêcher les résidus incandescents de tomber aux pieds des ouvriers. Ces scories pourraient être reçues directement dans des canaux souterrains par des wagonnets sur rails qui les transporteraient au dehors rapidement, les ouvriers ayant une éponge mouillée au devant de leurs orifices respiratoires.

On devrait en outre interdire aux ouvriers de prendre leurs repas dans l'usine même et leur donner une salle pour manger ; placer en face de chaque four un robinet fournissant l'eau à volonté, de façon que l'ouvrier puisse de temps en temps, en particulier avant les repas, se nettoyer le visage et les mains, se rafraîchir et même étancher sa soif ; établir dans toutes les usines des bains où, leur journée finie, les ouvriers se rendraient ; n'admettre que des ouvriers en parfait état de santé et pour cela rendre obligatoire l'examen médical de tous les postulants, spécialement quant à l'état de leurs organes respiratoires ; enfin répandre des instructions faisant comprendre aux ouvriers la nécessité de ces prescriptions, de manière à ne pas se heurter à leur opposition aveugle.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. MORT SUBITE D'UN ENFANT DE 13 ANS A LA SUITE D'UNE ÉMOTION VIOLENTE, par le docteur JASINSKI (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 34, p. 685). — SUR UN CAS DE MORT SUBITE PAR FRAYEUR CHEZ UN PRISONNIER, par le docteur O. BOLLINGER (*Munchner Medic. Wochenschrift*, 1888, no 20, p. 331).

I. La mort subite peut-elle être causée par la peur, indépendamment de toute lésion organique préexistante ? Cette question pent se présenter à l'appréciation du médecin légiste, ainsi que le montre l'observation suivante de M. Jasinski.

Dans une école de village de la Galicie, fréquentée par des enfants des deux sexes, une fillette de treize ans, d'origine juive, avait reçu de l'instituteur nne correction sur le bas des reins, à la suite d'un manquement très léger. La correction avait été administrée avec un jonc, l'enfant ayant été d'abord violemment traînée hors de son banc, et fixée brutalement sur un des genoux de l'irascible magister. Elle avait à peine regagné sa place qu'elle s'affaisa sur le sol, après avoir feuilleté un livre et grimacé de la figure comme pour esquisser un sourire ; elle était morte.

Le cas fit l'objet d'une enquête médico-légale. A l'autopsie de la jeune fille, il fut impossible de déconvrir, en fait de lésions anatomiques, autre chose qu'une hypérémie active très prononcée du cerveau et de ses méninges. Dès lors se posait aux médecins légistes la question de savoir quelle avait été la cause de cette congestion cérébrale. La tête de l'enfant n'avait subi aucun choc mécanique, du moins pas un choc capable d'occasionner de l'hypérémie du cerveau. D'autre part, l'attitude de l'enfant, pendant le court espace de temps qui s'est écoulé entre la correction et la catastrophe, n'est pas de nature à jeter de la lumière sur les causes de cette mort énigmatique. Bref, les médecins légistes, dans leurs conclusions, se sont arrêtés à l'hypothèse d'une simple coïncidence entre la mort subite de l'enfant et le fâchsux incident qui avait précédé la catastrophe.

M. Jasinski reproche à cette manière de procéder d'être d'un matérialisme par trop exclusif. Il demande que dans un cas pareil, le médecin légiste se place à un point de vue plus scientifique et tienne compte de l'être humain considéré dans son entier, dans sa partie psychique aussi bien que dans sa partie matérielle. Il prétend qu'en procédant ainsi, la mort snbite de l'enfant dont il a été question cesse d'être une énigme, et devient très facile à expliquer. Voici le raisonnement qu'il fait :

Tout d'abord, la perspective d'un châtiment sévère administré par un homme dont la brutalité lui était chose connue, a rempli d'épouvante l'enfant qui a été victime de l'accident relaté ci-dessus. Mais d'autres sentiments ont dû intervenir, pour pousser l'agitation de l'enfant à son plus haut degré, sentiments de honte et d'humiliation, en rapport avec la nature du châtiment et avec les circonstances dans lesquelles la correction était administrée. Or, il s'agissait d'une enfant qui, en raison de son origine sémitique, présentait un développement intellectuel et corporel précoce, et une sensiblerie exagérée. Habituée à souffrir des préjugés qui s'attachent à sa condition sociale, la jeune fille a donc dû se représenter qu'elle venait de subir l'humiliation la plus grande qui pût l'atteindre. De ce

conflit de sentiments a pu naître un ébranlement suffisant pour causer la mort subite.

Nous n'avons reproduit ce raisonnement que pour montrer quelle psychologie fantaisiste l'auteur voudrait voir associée à la méthode éminemment objectiviste dont s'inspire le médecin-légiste, et qui le porte à borner ses investigations aux faits tangibles, tombant sous les sens.

Il est vrai de dire que l'auteur était parti d'un point de départ juste; il s'agit des faits, en assez grand nombre, qu'on a publiés dans ces derniers temps sous le nom de *railway spina*, cas de névroses plus ou moins graves survenues à la suite d'un accident de chemin de fer qui souvent n'a occasionné que des lésions traumatiques insignifiantes, où par conséquent le médecin appelé à donner son avis sur l'importance du dommage causé, doit tenir compte non seulement des lésions apparentes et des accidents immédiats, mais encore des suites éventuelles plus ou moins prochaines.

Ces faits, M. Charcot les a rattachés à l'hystérie. Pour être logique, il faudrait donc attribuer la mort subite de la jeune fille dont il a été parlé ci-dessus, à un état névropathique ressortissant à l'hystérie. Par suite s'élargirait le cadre déjà si vaste de la grande névrose, et il y aurait à étudier celle-ci dans ses rapports éventuels avec la mort subite.

II. Voici un autre exemple de mort subite attribuée à la peur. Il s'agit d'un homme de 60 ans, détenu en prison préventive depuis six mois, sous le coup d'une accusation grave. Au moment où il allait comparaître en cour d'assises, cet homme s'affaissa subitement, et le médecin qui fut appelé auprès de lui ne trouva plus qu'un moribond. Ce malheureux succomba peu d'instants plus tard, après avoir présenté des signes de paralysie cardiaque.

L'autopsie n'a fourni aucun éclaircissement sur la cause de la mort subite de cet homme. Ce n'est pas sans apparence de raison que M. Bollinger met ce fait en parallèle avec ceux de mort subite par *shok* traumatique; dans ce cas particulier, le traumatisme, au lieu de consister dans une violence extérieure tangible, a été d'ordre psychique, et s'il a produit un effet aussi radical, c'est que ce traumatisme psychique s'est exercé sur des centres nerveux en état de nutrition défectueuse.

La comparaison peut paraître heureuse, mais ne saurait passer pour une explication suffisante du mécanisme de ces morts subites survenant à la suite d'une violente émotion.

E. RICKLIN.

VARIÉTÉS

LA DERNIÈRE MALADIE DE FRÉDÉRIC LE NOBLE, par le docteur MORELL MACKENZIE.

Suite. — Voir le numero précédent.

Nous venons de montrer M. Mackenzie échangeant son rôle d'accusé contre celui d'accusateur. Voici, d'autre part, comment le spécialiste anglais explique la position qu'il avait prise dans le conflit médico-chirurgical qui s'était élevé entre lui et ses confrères allemands :

« Je répète, dit-il, que je n'ai donné aucune opinion, ni pour, ni contre, sur la nature de la maladie. Je n'ai pas dit que ce n'était par un cancer; j'ai seulement dit que le cancer n'était pas prouvé, et, à défaut de preuves positives, j'ai refusé de sanctionner des opérations chirurgicales qui, pour le moment, ressemblaient à des expériences d'essai, qui sont toujours un danger pour la vie, presque toujours détruisent la voix, et qui, même lorsqu'elles réussissent, laissent trop souvent le malade incapable d'une vie active et dans une condition pire que la mort. »

Cette position, M. Mackenzie la conserve, lorsque, après une troisième tentative opératoire endo-laryngée (7 juin), il ramène hors de la gorge de son malade « plus de la moitié de la tumeur », en deux fragments, que le professeur Virchow, après un examen des plus attentifs, déclare ne présenter que des altérations superficielles.

M. Mackenzie ajoute « qu'en présence du rapport signé par un homme dont l'autorité suprême en pareille matière est reconnue par tout le monde médical, aucun docteur n'aurait pu avoir l'idée d'accepter une opération sérieuse s'il avait été chargé du traitement » et que, s'il avait été le malade, il aurait certainement considéré comme atteint d'aliénation mentale le médecin qui lui eut fait pareille proposition.

D'ailleurs, du consentement unanime des médecins consultants, le cas du prince malade fut abandonné aux soins de M. Mackenzie, pour faire l'objet d'un traitement par voie endolaryngée. Il fut décidé, en outre, que toutes les parties de la tumeur excisées ultérieurement seraient soumises au professeur Virchow, et que, si le traitement de M. Mackenzie n'aboutissait pas, une nouvelle délibération commune fixerait la conduite à tenir ensuite. Par contre, M. Mackenzie proteste contre les allégations « du pamphlet allemand », qui le représentent comme s'étant engagé à envoyer de temps à autre un rapport médical à ses collègues et comme ayant consenti à laisser faire l'opération de la thyrotomie, si la tumeur progressait. Enfin, il fait valoir que ses collègues partageaient sa responsabilité, du moment qu'ils souscrivaient aux résolutions prises. Le raisonnement que fait à ce propos M. Mackenzie est parfaitement juste :

« Dans le fait, écrit-il, si Bergmann et Gerhardt étaient convaincus à cette époque que la maladie était un cancer, et s'ils n'avaient aucune confiance en moi comme observateur ou comme opérateur, ces messieurs n'avaient qu'un seul moyen d'agir honorablement vis-à-vis du malade, c'était de se séparer ouvertement de moi et de faire eux-mêmes un autre rapport. La seule explication possible de leur conduite, en les supposant des hommes honorables, c'est qu'ils étaient bien loin d'être certains du diagnostic. »

Suit le récit des circonstances qui ont trait au voyage du prince malade en Angleterre. Ce voyage avait été décidé plusieurs mois auparavant, en vue du jubilé de la reine d'Angleterre. Il n'a donc pas été imposé par M. Mackenzie. Or, s'il faut en croire ce dernier, le professeur Gerhardt avait espéré accompagner le prince, et cet espoir fut déçu. Par compensation, le docteur Wegner, médecin ordinaire du prince, emmena avec lui, sur le désir de l'empereur Guillaume, un jeune chirurgien militaire, M. Landgraf, que par hasard M. Mackenzie apprit être un des aides de M. Gerhardt. Le rôle de M. Landgraf devait être, disait-on, de pratiquer la trachéotomie chez le prince, dans le cas où cette opération deviendrait nécessaire. M. Mackenzie affirme, qu'en réalité, le jeune *stabarzt* avait pour mission de le contrôler. Il donne de son « contrôleur » un portrait peu flatteur, dont nous n'avons à retenir qu'un trait : le manque d'expérience dans l'emploi du laryngoscope, qui était pour le malade une cause de fati-

gues inutiles et qui a fait commettre au jeune chirurgien laryngiste militaire des erreurs d'observation grossières; c'est M. Mackenzie qui l'affirme. A un certain endroit de son ouvrage (p. 46), il se retranche derrière le jugement « d'un spécialiste bien connu à Berlin », qui lui avait déclaré que quelques semaines avant d'être appelé à ce rôle de « contrôleur », M. Landgraf ne savait pas distinguer les cordes vocales vraies des cordes vocales fausses! Donc, conclut M. Mackenzie, les observations du contrôleur, dont on a voulu faire tant de cas, sont sans portée.

M. Mackenzie fit une quatrième excision d'un fragment de la tumeur. Ce fragment avait été envoyé à Virchow, qui, après l'avoir examiné, avait dressé un rapport aussi favorable que les précédents. Le prince malade partit pour l'île de Wigt, et, dans le choix de cette nouvelle résidence, M. Mackenzie affirme n'avoir encore été pour rien.

Un nouveau symptôme survient (21 juillet), c'est « une légère enflure à la surface postérieure des cartilages aryténoïdes. « Elle ressemblait à une élévation jaunâtre, ressortait d'un millimètre environ et s'étendait en travers du bord extérieure d'un cartilage à la partie correspondante de l'autre ». Ce nouveau symptôme cause une grande inquiétude à M. Mackenzie; c'est l'indice d'une péricbondrite grave; l'entourage du malade en est avisé. Puis se manifeste une tendance à la réapparition de la tumeur excisée; M. Mackenzie la combat avec le galvanocautère, et, à ce propos, il a jugé utile de donner quelques renseignements techniques sur la manière dont ce mode de cautérisation doit être employé dans le larynx. A cette époque, M. Mackenzie expliqua à la princesse impériale que la maladie de son mari « pouvait être déjà cancéreuse ou qu'un cancer pouvait se développer plus tard », tout en ajoutant que « l'état actuel justifiait les meilleures espérances ».

Mais voici que la maladie entre dans une nouvelle phase. Le prince venait de quitter Toblach pour se fixer à Baveno. Quelques jours après, une enflure œdémateuse apparaissait au-dessous du niveau de la corde vocale gauche, qui persista peu néanmoins. La situation continua d'être bonne jusque vers le milieu d'octobre, suivant les propres expressions de M. Mackenzie. Puis l'enflure sous-glottique fit des progrès. Sa surface s'ulcéra légèrement, la corde vocale placée au-dessus de cette enflure se tuméfia à son tour; un foyer de tuméfaction se déclara au-dessous de la corde vocale droite. Le malade partit pour San Remo. Ce même jour, M. Howell notait que la tumeur sous-glottique avait fait des progrès considérables, qu'elle mesurait un peu plus d'un centimètre en diamètre et quatre millimètres en hauteur. M. Mackenzie fut mandé d'urgence. A son arrivée, il constate le développement d'une nouvelle tumeur dans le larynx de son patient. Cette tumeur, écrit-il, « avait une apparence complètement différente de celle que j'avais détruite et des autres gonflements qui, à diverses époques, s'étaient montrés dans le larynx; l'apparence était décidément maligne ».

Le prince fut informé, séance tenante, qu'un changement très défavorable était survenu dans l'état de sa gorge. « Est-ce un cancer? » demanda-t-il. A quoi M. Mackenzie répondit qu'il avait le regret d'avoir à dire que cela en avait bien l'apparence, mais qu'il était impossible d'en avoir la certitude. Suit un hommage rendu au calme avec lequel le prince accueillit cette déclaration.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude médico-psychique sur les sourds-muets, par le docteur A. Royer, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon. — Paris, 1888.

Malgré tout ce qui a été dit à ce sujet, l'étude des causes de la surdi-mutité et celle de l'état intellectuel des sourds-muets sont encore très incomplètes; aussi le travail du docteur Royer sera-t-il bien accueilli, d'autant plus qu'il renferme une grande quantité de documents tirés de l'examen minutieux de 80 malades. Son but est principalement de résoudre cette question: Existe-t-il une relation quelconque entre l'état intellectuel d'un sourd-muet et l'origine de sa surdimutité, ou si l'on veut, peut-on conclure de ce que la surdimutité est congénitale ou acquise que le sujet sera susceptible ou non de recevoir de l'instruction et de développer son intelligence?

Au point de vue étiologique, la surdi-mutité se divise naturellement en congénitale et en acquise; mais, pour ce qui est de la première, il est souvent fort difficile de savoir si elle date réellement de la naissance, ou bien si elle est survenue dans les premiers temps de la vie; de là, une première cause d'erreur pour toutes les statistiques. Celle de M. Royer donne 23 congénitaux sur 80 sourds-muets. Un certain nombre le sont par hérédité directe, leurs ascendants étant sourds-muets; les autres subissent la conséquence d'une tare nerveuse quelconque de leurs parents. Cette hérédité ne paraît pas avoir une mauvaise influence sur l'intelligence des enfants; même lorsqu'ils présentent des stigmates physiques très prononcés, ils sont susceptibles d'instruction, et M. Royer en cite un que son professeur, M. Hugentobler (de Lyon), réussit à conduire jusqu'au baccalauréat. S'ils sont inintelligents ou idiots, c'est plutôt parce qu'ils sont entachés de vices héréditaires que parce qu'ils sont sourds-muets. Il n'y a pas de doute que les mariages consanguins, en exaltant l'hérédité, ne favorisent la production des troubles intellectuels chez les enfants qui sont le résultat de ces unions; mais là se borne leur action, et il n'y a rien à craindre quand les parents ne sont pas eux-mêmes des névropathes.

La surdi-mutité acquise est beaucoup plus fréquente que la surdi-mutité congénitale; elle survient en général de bonne heure et reconnaît les causes les plus diverses, parmi lesquelles les affections cérébrales tiennent le premier rang. Le professeur Pierret, dont M. Royer est l'élève, a insisté dans ses leçons sur la fréquence relative de l'hydrocéphalie chez les sourds-muets, et bien qu'il soit difficile d'affirmer chez l'adulte une hydrocéphalie qui n'entraîne pas un volume énorme de la tête, on est frappé de la grosseur de la tête de pas mal d'entre eux. Chez ces hydrocéphales, les facultés intellectuelles sont peu susceptibles de se développer, et ils restent toujours arriérés. Il en est de même, quoique à un degré moindre, des enfants qui sont devenus sourds-muets à la suite de toute autre affection cérébrale. Quant à ceux chez lesquels cette infirmité s'est développée à l'occasion d'une lésion de l'oreille, ce qui est le cas le plus fréquent, ils ont une intelligence très variable, et là encore il est difficile d'établir une règle précise. Leur crâne présente les mêmes mensurations que celui des autres enfants du même âge et leur cerveau se trouve dans les conditions normales et par conséquent aussi apte à ac-

quérir toutes les notions que celui des entendants ; mais il leur manque précisément le sens qui contribue le plus à cette acquisition. Le sourd-muet doit donc suppléer, tout comme l'aveugle, au sens absent et développer la finesse de ceux qui lui restent ; à cette condition, il peut recevoir l'instruction au même degré, mais non pas aussi facilement, que ceux qui entendent. La mémoire auditive leur fait défaut ; ils la remplacent par la mémoire visuelle.

Il ressort de cette étude qu'il est à peu près impossible de classer les sourds-muets, sous le rapport de l'intelligence, en des catégories distinctes, et surtout d'établir une relation entre les causes de leur surdi-mutité et le degré plus ou moins grand de leur développement intellectuel. Cependant les sourds-muets congénitaux sont plus souvent que les autres inintelligents ou idiots, et il en est de même des hydrocéphales dont l'éducation est rarement possible. Dans la surdi-mutité acquise, l'intelligence est habituellement intacte, à moins qu'il n'y ait eu des accidents cérébraux dans le bas âge. Au point de vue médico-légal, chaque sourd-muet doit être l'objet d'un examen spécial, et il serait très imprudent de conclure qu'il est ou non responsable de ce que sa surdi-mutité reconnaît telle ou telle origine.

Dr Georges Lemoine.

De la nature infectieuse du tétanos en général (Etude historique), par M. René Colin. — Paris, 1888.

Dans un travail considérable (de 276 pages), M. René Colin a entrepris une étude d'ensemble sur la nature du tétanos et, adoptant entièrement les idées émises par M. le professeur Verneuil, il arrive aux conclusions suivantes :

Le tétanos est une maladie infectieuse qui se transmet de l'animal à l'animal, de l'animal à l'homme, de l'homme à l'animal, et enfin de l'homme à l'homme. L'agent de transmission est le cheval : « Cette transmission peut être directe ou indirecte ; et, dans ce dernier cas, le sol joue un rôle étiologique considérable, à la condition toutefois qu'il se trouve préalablement imprégné lui-même des germes tétaniques fournis directement ou indirectement par le cheval.

Sans doute, nous ne connaissons pas encore le microbe, car l'impossibilité d'obtenir des cultures pures n'a pas permis de trancher définitivement la question ; mais pour bien d'autres maladies dont la contagion et l'infectiosité ne sont à l'heure actuelle nullement douteuses (rage, diphthérie, rougeole, etc.), nous ne connaissons pas davantage le parasite, et nous sommes même moins avancés que pour le tétanos. »

Quant au refroidissement, et surtout au froid humide si souvent noté par les auteurs, il n'aurait, d'après M. Colin, que la valeur d'une cause prédisposante ou d'une cause adjuvante. « Il est en effet bien permis de supposer que ces malades, sous l'influence des germes tétaniques au milieu desquels ils se trouvaient et qu'ils avaient peut-être absorbés déjà, auraient pu échapper au développement du tétanos, si le refroidissement brusque n'était venu créer chez eux un état d'opportunité morbide qui a définitivement ouvert la porte au tétanos et a favorisé la culture ou la prolifération de ces germes ; en un mot, qui les a fait passer de la latence à la patence. »

Pour compléter tout ce que nous savons déjà de l'origine infectieuse du tétanos, M. R. Colin demande aux praticiens de répondre à un certain nombre de desiderata :

1° Faire des enquêtes minutieuses sur chaque blessé tétanique entré dans nos services hospitaliers ou soigné dans la clientèle civile, enquêtes qui auront pour but de reconstituer la marche, le point de départ, et, s'il y a lieu, la distribution des différentes épidémies qui pourraient se présenter ;

2° Etudier sur place l'état de l'immeuble du blessé, ses rapports avec les basses-cours, les écuries, etc. ;

3° Connaître exactement la profession du malade, et savoir par exemple, dans le cas de tétanos traumatique, le lieu où la blessure a été contractée, et quels agents l'ont occasionnée ;

4° S'informer si les blessés ont été au moment de l'accident, ou pendant, ou après, en rapport direct ou indirect avec les chevaux, ou avec leurs déjections imprégnant la terre, le fumier, et si les agents qui les ont blessés ont été contaminés par cet animal ;

5° Savoir enfin si le tétanos sévit sur les animaux domestiques accidentellement blessés ou opérés, alors que nous constatons un cas de tétanos humain.

Cette sorte de questionnaire pouvant contribuer à faciliter la découverte de la vérité, il serait utile que tous nos confrères l'aient sous les yeux, pour y répondre lorsqu'un cas de tétanos se présentera à leur observation.

Dr F. A. S.

Etude descriptive des eaux de Néris-les-Bains, et exposé critique de leurs indications et de leurs contre-indications, par le docteur Morice (144 pages). — Librairie Octave Doin.

Cette étude ne renferme précisément rien de bien nouveau sur la station de Néris ; mais c'est un exposé très méthodique et très bien présenté de tout ce qui la concerne. Les eaux et leur contenu, l'installation, les indications et les contre-indications, sont successivement l'objet de développements qui ne comprennent rien d'inutile, tout en fournissant tous les renseignements dogmatiques et pratiques nécessaires. Un court résumé de cet intéressant travail reproduira en réalité une esquisse fidèle de la station à laquelle il est consacré.

L'action thérapeutique des eaux de Néris ne trouve point d'explication dans leur composition connue. Celle-ci ne comporte qu'une minéralisation inférieure, surtout si l'on considère les principes qui s'y partagent : bicarbonate sodique surtout, sulfate sodique et un peu de chlorure de sodium, le reste ne présentant rien qui soit de nature à fixer l'attention. Ces principes, tout actifs qu'ils puissent être par eux-mêmes, existent toujours en proportion, relativement ou absolument élevée, dans les eaux minérales que chacun d'eux peut avoir à caractériser (Vichy, Salins, Néris). On remarquera cependant que l'addition de ces mêmes principes donne au bain de Néris une minéralisation de 400 gr. environ. Il faut ajouter à cela un peu de gaz carbonique et beaucoup d'azote, enfin une grande richesse en végétations confervoïdes et une thermalité très élevée.

L'installation thermale est fort complète, appropriée au traitement, à peu près exclusivement externe : douches, étuves et bains, de piscine surtout, quelquefois très prolongés. Je ne sais pas quelle part bien effective l'usage interne de l'eau minérale peut prendre aux résultats du traitement. M. Morice pense qu'il est trop négligé et qu'il y aurait un parti utile à en tirer.

Ce traitement se rapporte très spécialement aux névroses de toutes sortes. Si le caractère en est absolument sédatif, il

faut remarquer que des périodes d'excitation prononcée surviennent habituellement pendant sa durée, après les premiers jours, et quelquefois après sa terminaison, avant d'aboutir à une sédation définitive. On peut se demander si l'idée de régularisation de l'innervation ne devrait pas être, dans certains cas au moins, substituée à celle de sédation proprement dite.

Le champs bien précis des applications des eaux de Néris comprend : le rhumatisme nerveux, erratique, plutôt musculaire qu'articulaire, bien que le traitement puisse être également applicable aux arthrites rhumatismales où un état douloureux persiste après la période d'acuité; les paralysies et les contractures rhumatismales; les névralgies partielles, intercostales, plantaires, sciatiques; la métrite sub-aiguë et la métrite chronique, accompagnées de névralgies de la région; les névroses générales douloureuses, l'hystérie, la chorée, surtout si elles sont d'une date peu éloignée; l'ataxie locomotrice commençante.

On trouvera dans l'excellente monographie de M. Morice des renseignements sur les actions secondaires des eaux de Néris, qui compléteront l'histoire de cette remarquable station.

MAX. DURAND-FARDEL.

DE L'ARTÉRITE CHRONIQUE ET DE L'AORTITE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par le docteur BORDES-PAGÈS. — Thèse de Paris, 1887.

L'aortite et l'artérite chronique sont des lésions constantes de la paralysie générale; on peut les observer, à des degrés divers, dans toutes les formes de la maladie, quelle que soit la période à laquelle le malade succombe.

Cliniquement, elles se traduisent par un ensemble de symptômes ordinairement bien accusés et caractéristiques de l'endartérite déformante. Cependant, ces symptômes font souvent défaut, et les lésions restent silencieuses. Elles sont engendrées par les agents infectieux ou toxiques qui produisent la paralysie générale, et elles coïncident fréquemment avec de l'endocardite chronique. Du reste, elles coïncident avec des lésions multiples des valvules aortiques et du muscle cardiaque, qui est soit hypertrophié, soit en voie de dégénérescence graisseuse.

Ces altérations cardio-vasculaires, et surtout l'aortite, expliquent la fréquence des syncopes et la mort subite par arrêt du cœur qui s'observent chez un grand nombre de paralytiques.

CONSIDÉRATIONS SUR LES ÉPILEPSIES PARTIELLES, par le docteur J. BIGORÉE. — Thèse de Paris, 1887.

Après avoir rappelé dans quelques pages de préambule tout ce qui est classique sur l'étiologie et la pathogénie des épilepsies partielles, l'auteur donne une série d'observations inédites qui seraient très intéressantes, si elles ne manquaient presque toutes de la partie capitale en pareil cas, les résultats de l'autopsie.

ÉTUDE SUR LES PARALYSIES ET ANESTHÉSIES CONSÉCUTIVES AUX ATTAQUES ÉPILEPTIQUES, par le docteur A. AURGÉ. — Thèse de Paris, 1887.

Ce travail contient deux observations intéressantes de paralysies, du type hémiplégique, consécutives à des attaques d'épilepsie. On peut les rapprocher de celles que j'ai publiées récemment dans la thèse du docteur Masson (déc. 1888).

L'auteur pense que ces troubles de la motilité sont probablement dus à la production de petites hémorrhagies, qui favorise la congestion des centres nerveux qui accompagne l'attaque. J'ajouterai que mes recherches personnelles m'ont montré que ces hémorrhagies sont très peu étendues et siègent presque toujours sur les méninges.

L'hémianesthésie est très accusée quand elle coexiste avec l'hémiplégie; l'une et l'autre sont curables.

DES ANESTHÉSIES DÉPENDANT DE LÉSIONS EN FOYER DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE, par le docteur J. HAMAIDE. — Thèse de Paris, 1888.

L'anesthésie est fréquemment déterminée par des lésions corticales en foyer : il est rare qu'elle soit profonde et qu'elle porte sur tous les modes de la sensibilité générale, contact, douleur, température, sens musculaire, etc. Le plus souvent, elle est incomplète, superficielle et transitoire, succédant à l'ictus cérébral; elle s'efface plus ou moins rapidement dans les quelques heures ou les quelques jours qui la suivent, soit spontanément, soit sous l'influence des agents esthésiogènes. Cette anesthésie est toujours liée à une paralysie plus ou moins accentuée des membres où elle siége. Il n'y a pas d'exemple qu'elle se soit produite indépendamment de toute paralysie ou parésie. Se superposant toujours à elle, elle affecte les formes les plus diverses : hémiplégique, monoplégique pure ou associée, etc.

Cette anesthésie se produit de préférence quand la lésion causale intéresse une zône comprenant les circonvolutions rolandiques et la partie attenante du lobe pariétal; elle n'existe jamais avec les lésions limitées au lobe frontal.

Les lésions intéressant uniquement les circonvolutions du lobe occipital ou du lobe temporo-sphénoïdal ne semblent pas, contrairement à ce que faisaient présumer les connexions anatomiques de ces circonvolutions avec le faisceau sensitif, capables de déterminer aucune perturbation de la sensibilité générale.

G. L.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPERTROPHIE MAMMAIRE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, par le docteur ALLOT. — Thèse de Paris, 1887.

L'hypertrophie de la mamelle consécutive à la tuberculose pulmonaire se présente sous deux formes : 1° Une forme subaiguë, douloureuse, à début légèrement inflammatoire; 2° une forme chronique indolente.

Cette hypertrophie mammaire semble reconnaître pour cause une irritation de voisinage; elle n'est pas de nature tuberculeuse.

Elle est constituée dans les formes chroniques par un développement anormal de tissu fibreux, formant autour des conduits et des lobules de la glande des zones épaisses, diffuses, qui tendent à atrophier les éléments glandulaires.

Ce n'est pas une tumeur, mais une mammite interstitielle chronique, sans participation des culs-de-sac glandulaires.

DU PNEUMOTHORAX AU COURS DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE CHRONIQUE, par le docteur AUGRY. — Thèse de Paris, 1887.

Le pneumothorax causé par la rupture de vésicules emphysémateuses chez les emphysémateux est relativement rare.

Le caractère dominant dans l'évolution clinique de cette variété de pneumothorax est à coup sûr l'absence de tout épanchement liquide dans la plèvre intéressée. Le gaz se résorbe en quelques jours.

Ce pneumothorax ne se termine par la mort que lorsqu'il est double ou qu'il coïncide avec un degré d'emphysème tel que le poumon resté libre ne peut suffire à l'hématose.

Quant aux signes physiques fournis par l'exploration de la poitrine, ils ne paraissent différer en rien de ceux présentés par les autres variétés de pneumothorax.

NOUVEAU TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES PAR LES INJECTIONS RECTALES GAZEUSES, par le docteur LECOMTE. — Thèse de Paris, 1886.

Après avoir fait un certain nombre d'injections rectales de gaz acide carbonique chargé de principes médicamenteux chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire, d'asthme, d'emphysème et de bronchite chronique, l'auteur constate quelques résultats satisfaisants, tels que diminution marquée de la toux et de l'expectoration, soulagement notable de la dyspnée, surtout dans l'asthme.

L'acide carbonique et l'hydrogène sulfuré réunis sont les gaz qui ont paru avoir l'action la plus efficace sur l'amélioration de l'état des malades.

L'eucalyptol et l'eau sulfo-carbonée ont amené un redoublement des symptômes d'irritation.

Il semble démontré, qu'au bout de quelque temps, l'amélioration produite par la méthode des injections gazeuses s'arrête, même si l'on augmente les doses du gaz employé.

Chez tous les malades, on a retrouvé des bacilles d'une façon constante.

A. M.

NOTES & INFORMATIONS

— La violente épidémie de variole qui sévit depuis quelques mois dans plusieurs provinces de la Sicile, prend des proportions inquiétantes (d'après la RIFORMA MEDICA), spécialement dans les provinces de Catane et de Messine. Le nombre journalier des victimes est considérable.

Les vaccinations faites sur une grande échelle n'ont pas répondu à l'attente générale. On incrimine le vaccin employé, qui n'aurait pas été de bonne nature. Ce serait là un fait bien grave, s'il est vrai.

— Le premier Congrès de la Société italienne de médecine interne a si bien réussi que, sur la proposition du professeur Rummo, on a décidé dans la dernière séance qu'il y aurait tous les ans un Congrès analogue et qu'il se réunirait à Rome.

D'ores et déjà, les 3 questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du second Congrès :

1° Pathogénie et formes cliniques de la *malaria* (Baccelli et Marchiafava, rapporteurs); 2° Pathologie et traitement des néphrites (Bozzolo et Rattone, rapporteurs); 3° Sur la goutte (Cantani et Murri, rapporteurs).

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Daussure, de Saint-Vrain. — Martin, de Banyuls-sur-Mer. — Jacquet, de Lyon. — Mailho, de Bordeaux. — Sondan, de Pierrefite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 16 novembre 1888, à 9 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades ; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (10 heures).

— M. Broca (Elie André), est nommé préparateur du cours de physique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Weiss, appelé à d'autres fonctions.

— M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu le lundi 12 novembre 1888, à 9 heures 1/2, et le continuera tous les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude des maladies du cœur.

— M. le professeur Le Fort commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 13 novembre 1888, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

—M. le docteur Paul Berthod, ancien interne de la Maternité, commencera le lundi 12 novembre, à 8 heures du soir, un cours public d'accouchement (Ecole pratique, Amphithéâtre n° 2), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objet du cours : Grossesse. — Accouchement. — Dystocie. — Opérations et manœuvres obstétricales.

LYON. — *Rentrée solennelle des Facultés.* — La rentrée solennelle des Facultés de Lyon a eu lieu samedi, 3 novembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du recteur, M. Charles. Le discours d'usage a été prononcé par M. Garraud, professeur à la Faculté de droit, qui a parlé du *problème moderne de la pénalité*. La partie de son discours qui intéresse les médecins est celle où il a parlé des théories de l'école anthropologique, pour laquelle le crime serait un phénomène d'ordre physiologique et anthropologique, bien plus que d'ordre social. L'orateur n'a pas de peine à démontrer que, malgré les enthousiasmes de la première heure, on n'a pas encore trouvé les caractères physiques permettant de distinguer le type criminel du non criminel. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher le critère de la pénalité nouvelle.

Le doyen de la Faculté de médecine, M. Lortet, a profité de son tour de parole pour parler du changement qui va s'accomplir à la Faculté dans quelques mois; l'Etat reprendra, au mois de mars, la Faculté, dont les frais d'entretien et d'enseignement sont depuis douze ans à la charge de la Ville.

M. Lortet en a pris texte pour remercier la municipalité des lourdes charges qu'elle s'était imposée et pour constater l'état florissant de la Faculté, qui n'avait au début que 300 élèves et qui en compte aujourd'hui plus de 800. Il a terminé en faisant ressortir la valeur de l'enseignement de la Faculté lyonnaise et en faisant remarquer que les trois places de membre correspondant de l'Institut dans la section de médecine et de chirurgie sont occupées toutes les trois par des Lyonnais.

M. le doyen a ensuite proclamé les prix de fin d'année et les thèses récompensées (années 1886-87).

— M. le docteur Augagneur, rédacteur en chef de la PROVINCE MÉDICALE, vient d'être élu conseiller municipal de la ville de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Granel, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1888-1889, d'un cours de botanique et d'histoire naturelle médicale à ladite Faculté.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le docteur Berland est

institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 20 juin 1889 à la Faculté de médecine de Montpellier pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— On vient d'élever dans le cimetière de Bourgoin un monument au docteur Pollosson, auquel une inépuisable bienfaisance avait mérité le surnom de « Médecin des pauvres ». C'était le père du docteur Pollosson, agrégé à la Faculté et chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 28 OCTOB. AU SAMEDI 3 NOVEMB. 1888

Fièvre typhoïde 18.— Variole 3.— Rougeole 17.—Scarlatine 2. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 31. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phtbisie pulmonaire 204.— Autres tuberculoses 36. — Tumeurs : Cancéreuses 43. — Autres 5. — Méningite 21. — Congestion et hémorr. cérébrales 49. — Paralysie 6.— Ramollissement cérébral 15.—Maladies organiques du cœur 53.— Bronchite aiguë 28. — Bronchite chronique 36. — Broncho-pneumonie 28.— Pneumonie 49. — Gastro-entérite : Sein 13. — Biberon 32. — Autres 2 — Fièvre et périt. puerpérales 2. —Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 24. — Sénilité 24. — Suicides 13. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 167. — Causes inconnues 14.— Total de la semaine : 946 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par M. le docteur Hermann v. Zeissl, revu par Maximilian v. Zeissl (*privat docent*) à l'Université de Vienne. Traduit et annoté par le docteur Raugé. Un volume in-8o de 330 pages. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants.— Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages.— Prix : 1 fr. —Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, professées à l'hôpital Necker par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, recueillies et publiées par le docteur F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux. Un fort volume in-8o de 1,112 pages. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay, professeurs à la Faculté de médecine. Tome VII, fasc. 3. — Maladies des organes génitaux de la femme. — Prix : 4 francs. — Paris, librairie G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 46 17 NOVEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

DES CONCRÉTIONS CALCAIRES DU POUMON ET DE LA PLÈVRE, par ADRIEN POZZI et HUDELO, internes des hôpitaux.

Nons avons, cette année, trouvé à l'autopsie de deux malades morts dans le service de notre maître, le docteur Troisier, à la Pitié, deux productions calcaires, qu'aucun signe n'avait fait soupçonner pendant la vie. Dans un cas, l'on trouva dans le poumon une tumeur ossiforme, grosse comme une mandarine, et dans l'autre, soudée au poumon et à la plèvre, se trouvait une longue aiguille calcaire.

Le premier de ces deux malades, Ch... (Pierre), âgé de 45 ans, scieur de long, entra le 14 avril 1888 à la salle Monneret, lit n° 29, et mourut le 19 avril. C'était un homme de robuste apparence, se portant bien d'habitude, n'ayant jamais fait de maladie aiguë. Point tousseur, il était en parfait état de santé, lorsqu'il fut pris, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, d'un frisson prolongé, unique, de point de côté; il tousse, a de la fièvre,

A son entrée, on trouve un malade fébrile (39,8), au pouls fort et plein, à la respiration un peu gênée. En arrière et à *gauche*, vers la partie moyenne du poumon, il y a de la submatité, on entend un souffle tubaire et il existe une zone de râles crépitants; quand le malade tousse, des râles muqueux se mêlent aux précédents. Râles muqueux à la base. Bronchophonie. En avant et à *gauche*, skodisme sous-claviculaire. Pas de râles.

A *droite* et en arrière, sonorité normale; râles muqueux, à bulles moyennes, assez nombreux.

Cœur régulier. Rien à la pointe. A la base, frottement râpeux, à maximum systolique, se prolongeant vers la ligne médiane.

Foie tuméfié, douloureux. Teinte subictérique. Pas d'expectoration caractéristique.

Les jours suivants, la pneumonie s'étend; les phénomènes généraux s'aggravent. Albumine dans les urines, crachats visqueux et rouillés. Mort le 19 avril.

AUTOPSIE. — A *gauche*, pneumonie lobaire; hépatisation rouge avec tendance à l'hépatisation grise sur certains points des lobes moyen et inférieur. Plèvres peu épaissies; adhérences molles.

A *droite*, plèvre épaissie, lardacée; *adhérences molles interlobaires*. Parenchyme sain.

En plein lobe moyen, *entouré de parenchyme* sain et spongieux, tumeur pierreuse blanc-jaunâtre (sur laquelle nous allons revenir).

Cœur sain, péricarde épaissi, surtout au point de réflexion sur les gros vaisseaux, où son tissu semble stratifié.

Substance corticale des reins pâle, épaissie.

Rate molle. Foie gros (2,500 gr.)

En aucun point, ni dans les poumons, ni dans les autres organes, on ne trouve de tubercule.

La tumeur pierreuse trouvée dans le lobe moyen est du volume général d'une grosse mandarine ; elle mesure 7 centimètres dans ses plus grandes dimensions (fig. I). Elle est assez

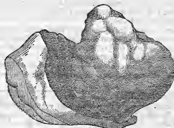


FIGURE I

régulièrement arrondie. Sa surface est mamelonnée comme une mûre à très gros grains ; ces mamelons sont lisses au toucher. La tumeur est uniformément dure et ne se laisse point entamer par l'ongle. Sur une coupe, le tissu paraît homogène ; il est blanc, plus mat par places. En certains points cependant, il y a des îlots jaunâtres, cireux. La consistance est ferme, nullement friable. L'on peut toutefois, en quelques points, enlever la substance cireuse, et à la place, l'on trouve une petite logette régulière.

Cette tumeur est adhérente au poumon qui l'environne, poumon parfaitement sain d'ailleurs ; mais il est très facile de l'en séparer. Cette adhérence se fait par l'intermédiaire d'une mince capsule fibreuse.

L'un de nous a essayé de faire l'examen histologique de cette tumeur. Elle a résisté à tous les moyens de décalcification usités; quand on essaie d'en user une parcelle à la pierre ponce, elle cède et s'effrite. Une fois cependant, ayant obtenu une lamelle assez mince, on put l'examiner au microscope, mais on n'y trouva que des grains calcaires, et pas traces de tissu osseux. L'examen chimique, ainsi que celui de la pièce suivante, a été fait par notre collègue et ami, R. Wurtz, chef du laboratoire de Pathologie Expérimentale à la Faculté.

Voici la note qu'il nous a remise sur la première pièce : « Elle était composée de grains blanchâtres, englobés dans une masse de matière organique, se ramollissant dans l'eau,

et d'où s'ènnuléaient facilement les grains calcaires (carbonate de chaux) qui y étaient contenus. L'examen histologique par usure sur la pierre ponce n'a pn être fait, les grains s'énnuléant avant d'avoir pn arriver à une minceur suffisante. La consistance de la matière organique était semhlahle et paraissait n'être que des fansses membranes organisées ».

Le deuxième malade est un homme de 50 ans, charretier, entré le 7 août 1888 à la salle Monneret, où il est couché au lit n° 2. Cet homme aussi a toujours été bien portant, n'a jamais fait de maladie aiguë et, sans être très vigoureux, il est de bonne apparence Huit jours avant son entrée, en rentrant tout mouillé chez lui, il est pris de frissons, de fièvre intense ; la nuit, il délire. Depuis ce moment, il tousse, expectore des crachats sanglants ; il a maigri.

A son entrée, on trouve un homme au facies tiré, à la peau sèche et chaude (40°,1). Pouls rapide et fort. Crachats blanc-jaunâtres, visqueux.

Matité dans toute la hauteur du poumon, à *droite* ; râles sous-crépitants dans toute la hauteur ; pas de souffle, pas de bronchophonie. En arrière et à gauche, quelques râles muqueux à la base. En aucun point, on n'entend de frottements. En avant et à droite, skodisme sous la clavicule, respiration rude, pas de râles. En avant et à *gauche*, respiration normale. Rien au cœur. Foie normal et indolore ; la rate ne paraît pas augmentée de volume. Pas d'albumine dans les urines.

Les jours suivants, les signes locaux restèrent à peu près stationnaires et ne se modifièrent guère jusqu'à la fin. La température oscilla entre 40 et 38, chaque aggravation étant marquée par une expectoration sanglante. Pendant quelques jours, la température diminua un peu, pour remonter bientôt et le malade mourut un mois après son entrée, sans avoir présenté de phénomènes nouveaux notables.

AUTOPSIE.—On trouve le poumon gauche sain ; le poumon *droit* tout entier est augmenté de volume, d'un rouge vineux, laissant suinter à la coupe un liquide spumeux et sanglant ; il crépite encore et surnage. La plèvre gauche est saine. La plèvre droite est normale, peu adhérente aux parois, sauf en un point, où l'on trouve une production ossiforme ; mais, même en ce point, les adhérences à la paroi costale sont molles, et les côtés sont lisses, sans aspérités. Cette production, en forme d'aiguille, se dirige verticalement en bas, où sa pointe est libre d'adhérences au poumon ; mais sa base est solidement unie au tissu pulmonaire, et on ne peut l'en détacher, qu'en enlevant une portion du parenchyme. L'on aperçoit alors l'espace interlobaire supérieur, rempli d'un liquide visqueux, gélatiniforme ; une coupe montre l'existence d'une seconde pleurésie, dans l'espace interlobaire inférieur.

Cœur et péricarde sains. Reins d'aspect normal. Rien au foie, rien à la rate. L'estomac et les intestins sont en bon état. Rien dans le cerveau.

L'*aiguille* ossiforme, ainsi trouvée, a 20 cent. de longueur. Présentant, 3 cent. de largeur au niveau de son extrémité supérieure, aplatie et adhérente au poumon, au niveau de l'espace interlobaire, elle s'effile en nne pointe aiguë. (Fig. 2.)

Dure et résistante dans sa partie supérieure, la pointe, au contraire, présente une certaine flexibilité. Complètement opaque dans sa partie la plus large, son aiguille est translucide. Examinée sur une coupe, on voit qu'elle se compose de 2 parties ; d'une gaine fibreuse, filamenteuse, et d'nne partie centrale dure. La gaine fibreuse est d'autant plus épaisse qu'on approche de la pointe, et tandis qu'à la partie supérieure la cassure est nette, vers la pointe elle est irrégulière, en *balais*.

La partie centrale est blanche, dure, et présente aussi quelques points jaunâtres, cireux d'aspect, mais résistants. Cette substance s'effrite moins que celle du calcul précédemment étudié, mais il est impossible d'en obtenir la décalcification complète. Nous avions remis pour l'examen chimique deux morceaux : un était pris dans la tige de l'aiguille, l'autre dans la portion la plus épaisse.

Ces deux examens ne donnèrent pas un résultat identique.

FIGURE 2

Sur le premier *essai*, l'incinération ne donna aucun résidu *inorganique* Au contraire, sur le deuxième *essai*, la matière *organique* était en petite quantité, et le résidn se composait d'un mélange de phosphate de soude et de potasse.

Nous sommes donc en présence de concrétions fibrinocalcaires, intra-pulmonaires et pleuro-pulmonaires. Ces deux productions, dissemblables de siège et de forme, sont peut-être justiciables d'une commune explication ; c'est pourquoi nous les avons résumées dans une même étude.

Nous nous occuperons d'abord de la première.

(*A suivre.*)

MALADIES DES CENTRES NERVEUX

Note sur deux cas d'abcès du cerveau; — Des abcès cérébraux, par A. Souques, interne des hôpitaux.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Voilà les renseignements que l'étiologie fournit sur les abcès du cerveau. La symptomatologie, quoique souvent fort obscure, doit être interrogée à son tour. D'une façon générale, on peut dire, avec M. le professeur Fournier « que les phlegmasies cérébrales, alors même qu'elles se déroulent dans les formes les plus complètes, sont souvent pauvres en symptômes, incomplètes dans leurs manifestations, irrégulières comme évolution. Si bien qu'on peut les méconnaître à leur début et qu'on n'aboutit souvent qu'à les soupçonner, sans rencontrer de symptômes suffisamment accusés pour qu'il soit permis de les affirmer. Elles peuvent exister en l'absence non pas seulement de leurs symptômes de second rang, mais même de leurs symptômes les plus essentiels. » A ces caractères cliniques, M. Lasègue en joint un autre, basé sur la marche de l'affection : « Dans quelques cas, dit-il, les symptômes s'accumulent, sans laisser à l'observateur le temps, je dirais, si j'osais, le loisir de les constater. »

Ces appréciations nous font déjà pressentir que les abcès du cerveau ne se présentent pas toujours en clinique sous le même aspect et qu'il y a lieu de distinguer un certain nombre de formes. Auparavant, il faut passer en revue les signes de l'abcès cérébral.

Ces signes sont de trois ordres : des signes de suppuration, des signes dus à l'excès de pression intra-crânienne, et enfin des signes résultant des localisations cérébrales.

Les symptômes dus à la suppuration sont inconstants; parfois cependant ils acquièrent quelque valeur. Ce sont des frissons revenant surtout le soir, un malaise général, une hyperthermie d'ordinaire peu marquée.

Parmi les signes causés par l'excès de pression, il faut noter une céphalalgie fixe prolongée, mais rémittente, parfois exagérée par la pression sur les os du crâne, un ralentissement, assez rare du reste, de la somnolence, du coma, la stase papillaire. Ces phénomènes ont ceci de particulier et d'important, c'est qu'ils subissent des variations parallèles à celles de l'état général, et c'est là un facteur essentiel pour le diagnostic entre les tumeurs et les abcès cérébraux.

Ces deux ordres de signes ne présentent en somme qu'un intérêt médiocre; il n'en est pas de même de ceux qui sont fournis par les localisations cérébrales. Ceux-ci sont de la plus haute importance, car seuls ils peuvent donner des renseignements précieux sur le siége de l'abcès cérébral. On peut les ranger sous la rubrique suivante : Aphasie dans ses diverses formes, paralysies, convulsions. L'aphasie a un siége parfaitement localisé depuis la découverte de Broca; son existence indiquera à coup sûr le siége de la lésion. Les paralysies se montrent lorsque la collection purulente a détruit un centre cortical ou ses voies de transmission. Les convulsions se montrent par accès intermittents; elles débutent tantôt par un bras, tantôt par une jambe, tantôt par la face; elles peuvent rester localisées ou finir par se généraliser à tout le corps; elles affectent le type épileptique et sont désignées sous le nom d'épilepsie Jacksonienne.

Ces troubles spéciaux sont très précieux quand il s'agit d'abcès corticaux de la région rolandique ou des régions immédiatement adjacentes. Il n'en est pas de même pour les autres régions cérébrales, notamment pour les centres de l'ouïe et de la vision; ici bien rarement, le trépan pourra trouver un guide sûr et fidèle, un signe localisé.

Les signes de l'abcès cérébral se combinent de diverses manières et donnent naissance à quelques formes spéciales.

Il existe d'abord une forme lente ou latente. Ici le retentissement est lent, chronique; il ne s'accentue d'une manière certaine qu'à une époque tout à fait ultime. On assiste d'abord à une première période, période prémonitoire de A. Robin, caractérisée par de la céphalée, des vertiges, des troubles intellectuels variables, des signes localisés, tels que : hémiplégie, strabisme, etc.; quelques phénomènes généraux sous la forme de vomissements et d'accès fébriles peu intenses. Ces accidents éclatent par crises suivies de rémissions. Cette phase d'envahissement peut durer des mois, des années et dérouter le clinicien. Mais tôt ou tard, si la thérapeutique n'intervient pas, apparaissent des accidents aigus qui quelquefois emportent le malade avec une rapidité extraordinaire.

A côté de cette preuve essentiellement lente, il faut placer la forme foudroyante. Elle est primitive ou consécutive à la précédente. Le malade, sans avertissement aucun, est frappé d'accidents apoplectiques et meurt en vingt-quatre heures, une heure, quelques minutes même. Il pousse un cri, est pris de convulsions, s'agite et succombe dans l'asphyxie. On conçoit qu'en présence de ces morts foudroyantes, la médecine légale puisse soupçonner un empoisonnement. Que s'est-il donc passé? Assurément, la lésion ne s'est pas improvisée d'emblée; elle existait au préalable. Dans quelques cas, la rupture de l'abcès dans les ventricules ou à la surface des hémisphères peut expliquer l'accident; d'autres fois, l'absence de la phase d'avertissement et la brusquerie de sa terminaison restent mystérieuses.

Il reste enfin la forme rapide. Ici l'abcès cérébral affecte des allures toutes différentes. Les signes se présentent sous deux types principaux : le type méningitique et le type typhoïde. Dans le premier cas, on constate des phénomènes d'excitation, puis une accalmie trompeuse, puis le retour des signes cérébraux, une nouvelle accalmie de plus courte durée, et cela pendant un temps plus ou moins long. Après une série variable de pareilles oscillations survient une phase de stupeur et le malade meurt dans le coma, plus rarement au milieu d'une crise convulsive.

Dans le type typhoïde, on trouve de la céphalalgie, des frissons, de la prostration; la langue est sèche et saburrale, l'insomnie fréquente. Le ventre est ballonné, la rate grosse, et si — le fait a été observé — des taches rosées surviennent, il faut avouer que tout est combiné pour contribuer à une erreur.

Effectivement, le diagnostic d'un abcès cérébral est loin d'être chose facile. Il comporte du reste plusieurs points à examiner. On peut dire d'une manière générale qu'il n'est guère possible, en dehors de la notion étiologique. Il est bien difficile de conclure à un abcès si on ne trouve pas chez le malade une fracture du crâne, une suppuration de l'oreille ou d'un point quelconque de la boîte crânienne. D'autres fois, l'examen des poumons permettra de soupçonner une collection purulente dans l'encéphale.

En réalité, le diagnostic est fort difficile, l'abcès cérébral

est quelquefois soupçonné, souvent méconnu. Les tumeurs cérébrales, quelle que soit leur nature, peuvent se présenter avec les mêmes signes cliniques, et il n'y a guère que la notion étiologique qui puisse donner quelques bons renseignements. La fièvre typhoïde simule parfois étrangement les abcès cérébraux ; mais, dans l'abcès, le délire est moins intense, les taches rosées exceptionnelles, la température discordante. La fièvre intermittente doit-elle aussi, être signalée ; il n'est pas jusqu'aux ostéites naso-crâniennes qui ne puissent faire commettre une erreur souvent regrettable. Si on se trouve en présence d'une lésion de l'oreille, il faut bien savoir que la rétention purulente dans la cellulite mastoïdienne peut amener des accidents analogues à ceux de l'abcès du cerveau ; dans ces conditions, il faut au préalable trépaner l'apophyse mastoïde. Si les accidents persistent, le trépan sera appliqué sur la calotte crânienne. Il existe enfin d'autres causes d'erreur plus faciles à éviter : la méningite qui débute brusquement et s'accompagne d'une température élevée ; la thrombose des sinus qui a pour elle la dilatation des veines auriculaires postérieures et la douleur sur le trajet des veines jugulaires.

(A suivre.)

REVUE D'HYGIÈNE

Suite. — Voir le numéro précédent.

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE : IV. TATOUAGE PROFESSIONNEL ET ACCIDENTS OCULAIRES DES OUVRIERS MEULIERS. — V. LES DANGERS DE L'EAU DE JAVEL CONCENTRÉE POUR LES BLANCHISSEUSES. — VI. L'ASSOCIATION DES INDUSTRIELS POUR PRÉSERVER LES OUVRIERS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

IV. M. le docteur Boudry a fait une étude intéressante d'hygiène et de médecine légale sur les ouvriers meuliers (1), dont, on le sait, le travail comprend deux opérations : le taillage de la pierre et le rhabillage de la meule. Dans le taillage, le silex, à cause de sa dureté, est très difficilement entamé par le burin. Il en résulte des éclats d'acier et de silex. Les éclats de silex font des coupures ou des éraillures de la peau. L'acier provoque de plus un tatouage qui est d'autant plus prononcé et caractéristique que la partie qui présente ce tatouage est plus rapprochée de la surface de la meule. Tout le bord interne du petit doigt, la main et la portion inférieure de l'avant-bras, sont surtout marqués. Et comme les éclats se dirigent un peu en dehors, c'est l'éminence hypothénar, c'est la portion inférieure de l'avant-bras dans la région interne qui sont plus spécialement atteints. On y trouve une foule de points noirs séparés par de faibles intervalles de peau saine Sur le bord interne du petit doigt et de la main, les intervalles de peau saine sont plus nombreux. Sur l'éminence thénar et la face postérieure des deux dernières phalanges des quatre derniers doigts, on ne trouve plus que quelques points noirs disséminés.

Dans le rhabillage de la meule, le travail se fait au contraire avec le marteau plat, marteau muni d'un manche de 60 centimètres environ. Ce marteau est tenu par l'ouvrier des deux mains, la main droite placée en avant, la main gauche en arrière. C'est donc le dos de la main droite tout entier qui devrait être tatoué. Mais comme l'ouvrier fait le travail en tapant de petits coups très légers, et qu'il tient son outil assez éloigné de la tête, les parcelles d'acier ne pénètrent pas la plupart du temps dans le derme et ne laissent pas de trace de leur passage. On trouve cependant sur le dos de la main droite quelques incrustations de particules d'acier ; mais les points noirs y sont excessivement disséminés et très peu nombreux. Tardieu et Max. Vernois avaient déjà signalé les petites taches produites par les parcelles d'acier sur les mains, mais sans s'occuper de la disposition spéciale de ces taches.

Il est un autre groupe de lésions encore plus important chez les ouvriers meuliers, ce sont les lésions oculaires.

D'après leur mode de production, M. Boudry divise ces lésions en trois catégories : 1° Ptérygions, provoqués par l'action superficielle, mais continue, des poussières ; 2° Corps étrangers de la cornée (éclats d'acier ou de silex) et opacités consécutives ; 3° Traumatismes violents du globe oculaire par éclats de silex volumineux.

Dans les statistiques, on a remarqué que le ptérygion, soit externe, soit supérieur, soit inférieur, est très rare. Riberi en donne 94,24 0/0 de développés à l'angle interne, et Beer 98,93 p. 100. Au contraire, chez l'ouvrier meulier, sur 24 cas de ptérygion observés, M. Boudry l'a trouvé 18 fois, en même temps interne et externe. Il croit que ce ptérygion double aux deux yeux est la lésion caractéristique et qui a véritablement un cachet professionnel, vu sa rareté en dehors de cette industrie. En effet, dans ses observations, il ne trouve que 6 cas de ptérygion développé seulement du côté nasal, tous chez des ouvriers jeunes.

V. On sait que les blanchisseuses sont sujettes à des inflammations de la peau des mains par l'usage qu'elles font du chlorure de chaux et de l'eau de Javel concentrée.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a fait examiner cette question et, conformément à l'avis de son délégué, M. P. Schutzenberger, a émis l'avis qu'il y avait lieu :

1° D'interdire absolument l'usage du chlore ou chlorure de chaux solide dont la dissolution dans l'eau, si elle n'est pas bien surveillée, est de nature à amener des accidents plus ou moins sérieux ;

2° De proscrire dans les lavoirs publics l'emploi de l'eau de Javel concentrée. Celle-ci, qu'elle soit fournie par les maîtres de lavoir ou qu'elle soit apportée par les laveuses, devra être préalablement mélangée à trente fois son volume d'eau dans les touries ;

3° Enfin, d'interdire les mélanges d'eau de rouille et de chlorure décolorant et de ne tolérer l'emploi de l'eau de rouille que pour le remontage des couleurs.

Les maîtres de lavoir seront rendus responsables de la non exécution de ces prescriptions.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

(A suivre).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

I. SUR LE PRINCIPE ANTI-HYDRORRHÉIQUE DE L'AGARIC BLANC, par le docteur HOFMEISTER (*Archiv für experiment. Pathologie*, t. XXV, fasc. 2, p. 189, 1er novembre 1888). — II. SUR LE « SIMULO », MÉDICAMENT ANTI-ÉPILEPTIQUE ET ANTI-HYS-

(1) REVUE SANITAIRE DE BORDEAUX ET DE LA PROVINCE, février et mars 1888.

térique, par le professeur Eulenburg (*Therapeutische Monatshefte*, août 1888, p. 353).

I. Depuis la fin du siècle dernier, l'agaric blanc est employé en médecine pour combattre les sueurs pathologiques, chez les tuberculeux notamment. C'est de Haen (*Rationis Medendi*, Lib. XII), qui attira l'attention des médecins sur cette propriété de l'agaric, connu déjà du temps de Galien.

En 1882, un médecin anglais, J.-M. Young (*Glasgow medic. Journal*, t. XVII, p. 176), proposa, pour les usages thérapeutiques, de substituer à l'agaric une substance beaucoup plus active, tirée de ce champignon, l'agaricine ; cette proposition a trouvé bon accueil auprès des cliniciens.

Or, il a été reconnu que l'agaricine du commerce ne représente pas une substance médicamenteuse simple, que c'est un mélange en proportions variables de deux substances au moins. L'une d'elles est l'acide agaricique, qui avait été isolé à l'état cristallin et analysée par un chimiste français, M. Fleury (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1870, t. LXX, p. 53). D'après les recherches de M Hofmeister, c'est à cet acide agaricique seul que l'agaric blanc serait redevable de ses propriétés anti-hydrorrhéiques, comparables à celles de l'atropine.

Les travaux de Jahn (*Archiv für Pharmacie*, t. XXI, p. 260, 1882), nous ont appris que l'acide agaricinique est un homologue de l'acide pommique et qu'il a pour formule : $C^{14}H^{27}(OH), (CO^2, H^2)$. Il fond à 138°-139°. Il est peu soluble dans l'eau froide, beaucoup plus dans l'eau bouillante. Ses sels neutres alcalins sont très solubles dans l'eau ; les autres combinaisons salines sont insolubles.

Pour l'étude des effets physiologiques de la substance en question, M. Hofmeister a utilisé l'agaricinate de soude, en injections sous-cutanées, et l'acide agaricinique, administré *per os*. Il s'est fait voir que pour n'avoir pas une grande toxicité, l'acide agaricinique n'est pas non plus une substance indifférente. L'injection sous-cutanée de 1 c.c. d'une solution à 3-5 0/0 développait des douleurs très vives, suivies d'une inflammation locale, et presque toujours d'une suppuration. L'administration de l'acide agaricinique *per os*, à la dose de 0 gr. 5 à 1 gr., provoquait de la diarrhée et des vomissements.

Chez les animaux à sang froid, les effets généraux de l'acide agaricinique ont consisté en une paralysie croissante des centres nerveux, avec affaiblissement de l'activité cardiaque, diminution ou suppression de la sécrétion cutanée.

Chez les animaux à sang chaud, il faut injecter sous la peau, ou dans les vaisseaux, au moins 0 gr. 1 d'acide agaricinique par kilogramme de poids corporel, pour obtenir des effets généraux, lesquels ont consisté, chez des lapins, en : somnolence, abattement, ralentissement de la respiration. A doses plus fortes, toxiques, les animaux ont été pris de dyspnée, de spasme des muscles respirateurs, de secousses convulsives dans les membres ; quelquefois des convulsions générales ont précédé la mort. L'action de l'acide agaricinique sur la circulation s'est traduite par un abaissement considérable de la pression intra-vasculaire, quand on administrait des doses faibles ; par une légère élévation de la pression normale, quand on administrait de fortes doses. En somme, l'acide agaricinique paraît agir sur les centres vaso-moteurs et sur le nerf vague, en les excitant d'abord et en les paralysant ensuite.

Pour étudier l'influence de ce corps sur la sudorification, l'auteur a expérimenté sur des chats. Les résultats portent que l'acide agaricinique jouit, au même titre que l'atropine, mais à un degré moindre, de la propriété d'enrayer la sécrétion sudorale. Cet acide, soit dit en passant, ne produit pas la mydriase, quand on l'instille dans le cul-de-sac conjonctival.

M. Hofmeister s'est préoccupé de savoir si d'autres acides gras, d'une constitution chimique analogue à celle de l'acide agaricinique, ne partagent pas cette action anti-sudorale. Les expériences qu'il a faites avec les acides malonique, pommique, stéarique, lévulinique, citrique, sylvinique, abiétinique, etc., n'ont donné que des résultats négatifs.

L'auteur conclut de ses recherches, qu'il faut éviter d'administrer l'acide agaricinique et ses sels par voie sous-cutanée, à cause de la réaction douloureuse qu'occasionnent ces injections ; que, d'autre part, on s'est exagéré les inconvénients de l'action émétique de l'agaricine, autant qu'on en peut juger d'après ce qui se passe avec l'acide agaricinique. Des doses de 2 et 3 centigr. ont toujours été très bien supportées par des phtisiques ; une dose de 10 centigr. n'a produit, en fait d'effets fâcheux, que des nausées passagères. Enfin on ne devra accepter, pour les besoins de la thérapeutique, que les échantillons d'agaricine du commerce, qui sont d'une blancheur irréprochable, bien cristallisés, sans amertume, et donnant, avec l'alcool et l'eau bouillante, des solutions limpides.

II. On a vanté dans ces derniers temps, en Angleterre, comme un remède très efficace contre l'épilepsie, une teinture préparée avec les fruits du simulo (*Capparis corriacea*), plante originaire du Cap. M. Eulenburg a voulu se rendre compte par lui-même de la valeur du nouveau médicament. Il a traité 4 épileptiques et 3 hystériques par la teinture de simulo, administré à raison de 2 ou 3 prises quotidiennes, de la valeur de 1/2 à 2 cuillerées à thé chacune. Le traitement a été continué fort longtemps.

Cette médication n'a occasionné aucun effet nuisible. En tant que remède anti-hystérique, la teinture de simulo a été trouvée absolument inefficace, et cela dans des cas d'hystérie avec grandes attaques convulsives. Les résultats obtenus chez les quatre épileptiques ont été un peu plus satisfaisants, en ce sens que les attaques convulsives ont perdu de leur fréquence et de leur intensité. Toutefois, dans 3 cas sur 4, cette efficacité palliative a été moins prononcée et moins sûre que cela n'avait lieu avec les bromures administrés à la dose moyenne de 6 à 9 gr. par jour. Chez le quatrième malade, un jeune homme de 18 ans, qui avait des attaques depuis l'âge de 11 ans, et qui était de souche neuropathique, l'efficacité palliative du simulo a été franchement supérieure à celle des bromures, mais pendant quelques mois seulement. Plus tard, le malade, désillusionné, demanda à ce qu'on suspendit l'emploi du nouveau remède.

M. Eulenburg conclut, en fin de compte, qu'en tant que remède anti-épileptique, la teinture de simulo n'est pas absolument sans valeur, mais qu'elle le cède en efficacité aux bromures, et qu'il y aura réel avantage à la substituer ou à l'associer à ces derniers dans des cas exceptionnels seulement.

E. Ricklin.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de Frédéric le Noble, par le docteur Morell Mackenzie.

Suite. — Voir les numéros 44 et 45.

Une nouvelle consultation eut lieu, pour laquelle M. Mackenzie fit mander les professeurs Krause, de Berlin, et von Schrœder, de Vienne. Nos lecteurs savent quels furent les résultats de cette nouvelle conférence médicale et les principaux incidents qui ont suivi : Les consultants déclarent la maladie cancéreuse (sons certaines réserves formulées par MM. Mackenzie et Howell); le diagnostic est communiqué au prince, qui accueille cette confidence avec le plus grand sang-froid, mais qui se refuse à toute intervention chirurgicale ultérieure, autre que la trachéotomie. Le professeur von Bergmann, de Berlin, est désigné pour pratiquer éventuellement cette opération; pour le remplacer en cas d'urgence, un de ses assistants, le docteur Bramann, est détaché auprès du malade.

L'entrée en scène du jeune chirurgien est pour M. Mackenzie une nouvelle occasion de donner libre carrière à la médisance. Le spécialiste anglais ne ménage pas ses phrases dans le but de prouver que M. Bramann « n'avait pas l'habitude de se servir du laryngoscope ». Pour être juste, il faut ne pas perdre de vue que le jeune assistant de M. Bergmann avait pour unique mission de pratiquer une trachéotomie en cas de besoin, et que ce cas s'étant réalisé, il s'est acquitté de sa tâche avec beaucoup d'habileté, de l'aveu même de M. Mackenzie.

Entre temps (18 janvier 1888), le prince malade avait expectoré un fragment de tissu, qui fut examiné par Virchow; cette fois encore, il fut impossible au célèbre anatomo-pathologiste de trouver des preuves positives de la nature cancéreuse du mal. Le 8 février, M. Mackenzie constate à l'examen laryngoscopique « beaucoup de gonflement et d'inflammation dans tout le côté gauche du larynx, jusqu'au niveau de la corde vocale gauche, au-dessus de l'épiglotte ». La situation est jugée grave et la trachéotomie décidée. On connaît les discussions qui s'élevèrent à ce moment-là, au sujet de l'opportunité de faire appeler le professeur von Bergmann, l'incident relatif à la chloroformisation, et les principales circonstances relatives à l'opération. M. Mackenzie reconnaît que M. Bramann opéra avec habileté et qu'il le complimenta de son succès. Mais il ne lui fit point part d'un détail auquel lui, Mackenzie, attacha, dans la suite, une grande importance : l'incision avait été faite non pas sur la ligne médiane, mais un peu à droite.

Encore à cette époque, M. Mackenzie ne démordait pas de son opinion première. Dans un rapport rédigé à la date du 10 février, il écrivait ceci : « L'idée générale est que, dans mon opinion, la maladie dont son Altesse Impériale est atteinte n'est pas un cancer, tandis que mon opinion, maintenue avec consistance, est que l'existence d'un cancer n'a jamais été prouvée », et en manière de résumé, il ajoutait : « dans mon opinion les symptômes cliniques ont toujours été compatibles avec une affection non maligne, et cette opinion a été en harmonie avec les données microscopiques. »

Cependant un nouveau conflit venait de surgir, entre M. Mackenzie et M. Bramann, conflit relatif au choix de la canule introduite dans les voies respiratoires du prince, après la trachéotomie. M. Mackenzie reprochait à l'instrument adopté par M. Bramann d'être trop large, trop long, d'avoir une ouverture supérieure beaucoup plus large que l'ouverture inférieure, ce qui lui donnait la forme d'un entonnoir. A l'aide de dessins annexés à son livre, il cherche à démontrer que cette canule, mise en place, devait irriter la trachée en pressant sur la paroi postérieure de ce canal. C'est aussi ce qui eut lieu, affirme le médecin anglais, qui ne se gêna pas pour dire au confrère allemand que ses instruments étaient des « antiquailles ». De fait, le prince se plaignait de l'irritation que lui causait la canule; la toux gagna en fréquence; l'expectoration devint plus copieuse, sanguinolente. M. Mackenzie, qui depuis l'opération n'était plus chargé de la direction du traitement, demande à introduire un tube de son choix et les médecins dirigeants s'y opposent. Bien plus, on lui applique la peine du talion, on l'empêche maintenant d'examiner la gorge du prince. Ce n'est que le 20 février qu'on lui permet enfin d'introduire son tube; mais il était trop tard, à cause des déformations que le premier instrument avait imprimées à la trachée du prince.

Cependant l'expectoration continuait d'être sanguinolente. Le professeur von Bergmann, soupçonnant que ce signe était en rapport avec un cancer secondaire des poumons, exprima le désir d'avoir là-dessus l'opinion du professeur Kussmaul Tous ces détails sont déjà connus de nos lecteurs, qui doivent se rappeler aussi que M. Kussmaul se prononça contre les présomptions de M. Bergmann.

Incidemment, M. Mackenzie raconte comment son assistant, M. Howell, se trouva sous la menace (platonique) de quelques mois de prison, pour manquement aux règles qui régissent l'antisepsie chirurgicale. « Schrœder, raconte M. Mackenzie, me pria un jour de dire à Howell que les chirurgiens qui ne suivaient pas le traitement antiseptique s'exposaient en Allemagne à une sévère punition, et que peu de temps auparavant un chirurgien avait été condamné *à trois mois de prison* pour avoir négligé le traitement antiseptique dans un cas de fracture du bras. » M. Mackenzie, selon la remarque qu'il fit à M. Schrœder, déclare que pour lui l'usage des antiseptiques n'avait que peu d'importance dans le traitement de la trachéotomie, que la propreté seule était nécessaire, opinion discutable. L'incident ci-dessus ayant été relaté au prince, celui-ci répartit avec un sourire : « Si l'on envoie M. Howell en prison, il faudra que j'y aille aussi. »

A mentionner également ce que rapporte M. Mackenzie à la date du 22 février en parlant de M. Bramann. « Ce dernier, lisons-nous, est venu ce matin me dire avec un accent de triomphe qu'il avait découvert un grand nombre de nids-cellules dans les matières expectorées, qui ne pouvaient provenir que d'une tumeur cancéreuse. » M. Schrœder annonça la même nouvelle, « mais sans le même enthousiasme scientifique. »

En passant par dessus toutes sortes de petits incidents et propos, nous arrivons à la date du 6 mars, où fut signée entre les médecins du prince, un « traité de paix », suivant l'expression de M. Mackenzie; il s'agit de la consultation destinée à être publiée et dans laquelle lesdits médecins déclaraient « qu'il n'existait aucune différence d'opinion entre eux, sur la nature de la maladie » ! L'avant-veille, on avait acquis « la preuve microscopique » de la nature cancéreuse de la tumeur. M. Mackenzie fût de nouveau chargé de la direction du traitement.

Survient la mort de l'empereur Guillaume. Le nouvel empereur retourne à Berlin. A la date du 15 mars, M. Mackenzie note que « la trachée tombe en morceaux ». Le lendemain, il introduisait ce qu'il appelle « un tube plus confortable », c'est-à-dire un tube de Durham. Cette manipulation fut très bien supportée par l'impérial malade, et il semble qu'elle ait été le point de départ d'une phase d'accalmie, durant laquelle le nouvel empereur put se livrer à des occupations très fatigantes.

Cependant, M. Mackenzie relève qu'il est hors de doute que la maladie fit des progrès beaucoup plus rapides après la trachéotomie qu'avant, qu'en général c'est le contraire qui arrive, et que cette marche insolite doit être attribuée « au traitement institué par von Bergmann et Bramann après l'opération. »

Nous arrivons enfin au plus grave de tous les incidents qui se produisirent dans le cours de ce drame médico-chirurgical. Il s'agit de l'intervention du professeur von Bergmann dans la journée du 12 avril. Nos lecteurs ont eu sous les yeux (no 36, p. 431) la version que le chirurgien allemand a donnée de cet incident. Mackenzie prétend qu'il n'a fait appeler le professeur von Bergmann que « par courtoisie professionnelle », que son intention était de faire lui-même tout ce qui pourrait être nécessaire, qu'il avait à tenir compte des recommandations du premier officier de la maison de l'empereur, de faire en sorte de vivre en bonne intelligence avec «von Bergmann qui avait toute la confiance des classes officielles». Bref, M. von Bergmann arriva auprès de l'empereur malade, vers cinq heures du soir. M. Mackenzie le mit au courant de la situation en peu de mots, lui montra le tube qu'il se proposait d'introduire, et voici comment il raconte la scène qui suivit :

« Nous passâmes dans la chambre de l'empereur, accompagné par M. Hovell, chacun de nous portant plusieurs tubes. L'auguste malade était occupé à écrire. On entendait distinctement l'inspiration, mais en dehors de cela, il n'y avait pas la moindre indication de difficulté à respirer. Le professeur von Bergmann plaça une chaise en face de la fenêtre et pria l'empereur de s'asseoir ; puis, sans faire aucune remarque, il délia rapidement le cordon qui tenait la canule en position, la retira, et employant une force considérable, il s'efforça d'introduire un tube qu'il tenait à la main et qui n'était pas garni d'un pilote. Il enfonça l'instrument dans le cou, mais l'air ne passa pas. La respiration de l'empereur devint alors très embarrassée, et le professeur retira le tube. Il y eut alors un violent accès de toux et une hémorragie très considérable. Le professeur saisit ensuite une canule-tampon recouverte d'une éponge, coupa rapidement l'éponge et essaya de forcer le tube dans la trachée. Cette fois encore l'air ne passa pas à travers la canule, et il était évident que, au lieu d'entrer dans le passage de l'air, elle avait été forcée sur le devant de la trachée, labourant les tissus mous et faisant ce qui est connu comme un « faux passage ».

« Le professeur dut encore une fois retirer le tube, et cette fois encore il y eut une toux violente et une grande perte de sang. A ma grande consternation, le professeur von Bergmann enfonça profondément son doigt dans la plaie et, le retirant, essaya d'introduire un autre tube ; il n'y réussit pas mieux que précédemment et, cette fois encore, cet essai infructueux fut suivi par une effroyable quinte de toux et par une copieuse perte de sang. »

Enfin, M. Bramann arrive. « Le professeur Bergmann le laissa faire et le jeune chirurgien, prenant une canule de grandeur modérée (no 8, mesure allemande), la passa dans la trachée avec la plus grande facilité ». En réalité, ajoute M. Mackenzie, il n'y avait aucune difficulté à l'introduire.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cohin. — Variations du poids du corps dans la fièvre typhoïde.

Les recherches qui ont pour but l'évaluation des changements de volume et de poids produits dans l'organisme par les maladies aiguës comportent par elles-mêmes des difficultés d'un ordre particulier et de plus ont l'inconvénient de prêter aisément le flanc à la critique. Raison de plus pour louer ceux qui ne dédaignent pas d'aborder cette tâche ingrate, avec l'espoir d'en faire sortir quelques données précises dont la physiologie et la thérapeutique puissent faire leur profit. Cette remarque peut s'appliquer au travail de M. Cohin, travail hérissé de chiffres, d'apparence aride, et qui pourtant a l'incontestable mérite de fournir une base scientifique à des conclusions déjà entrevues par d'autres, mais qui jusqu'à ce jour ont paru empruntées en grande partie au domaine de l'empirisme.

Ces conclusions, appuyées sur des mensurations et des graphiques d'une grande exactitude, présentent à retenir les propositions suivantes :

Dans la fièvre typhoïde, la perte de poids est due surtout à la combustion fébrile, fort peu à la diète. Elle est des plus variable, suivant les individus, et augmente avec les complications.

Une ascension continue du poids est un signe de convalescence.

La perte de poids chez un typhique s'opère chaque jour d'une manière uniforme.

Deumié — Réitérations de la fièvre typhoïde.

Le mot *réitération* a été introduit dans le langage médical par M. Potain comme devant servir à désigner cette marche particulière que l'on observe dans certaines fièvres typhoïdes, et qui consiste dans le retour momentané des accidents par lesquels s'est signalée la période fébrile. Ces réapparitions, sortes de retours offensifs, doivent être distinguées des rechûtes proprement dites, encore bien que les arguments invoqués pour justifier cette réapparition, puissent paraître parfois entachés de subtilité.

C'est à l'étude de ces réitérations que M. Deumié a consacré sa thèse, dont les conclusions s'appuient sur une série d'observations recueillies pour la plupart dans les salles de l'hôpital Necker. L'auteur a pu recueillir ainsi des exemples de 2 et même de 3 réitérations survenues successivement, chez le même individu, à quelques jours de distance l'une de l'autre. Dans ces observations, la durée de la maladie se trouva singulièrement augmentée, comme il était facile de le prévoir. Ainsi, l'une d'elles fait mention d'une fièvre typhoïde dans laquelle la défervescence définitive se fit attendre jusqu'au 85e jour à partir du début réel de la maladie. D'ailleurs aucun doute sur le diagnostic, car un examen clinique minutieux permit de retrouver dans les accidents *fébriles* le syndrôme

de la fièvre typhoïde au complet, gonflement de la rate, taches rosées, évolution thermique particulière, diarrhée. C'est le tableau classique de la dothiénentérie, dont quelques traits seulement sont atténués ou légèrement effacés.

Quand il s'agit d'expliquer ce phénomène des réitérations, on est réduit à des hypothèses dont la plus plausible est celle qui consiste à admettre que la maladie n'a point été épuisée par une première atteinte ou, mieux encore, que le germe pathogène caractéristique de cette maladie infectieuse s'est reproduit dans l'organisme, fournissant une ou plusieurs générations jusqu'à épuisement complet du terrain qui lui sert de champ d'évolution. La réitération, dans cette hypothèse, devrait donc être considérée comme le second acte d'une infection qui se jugerait elle-même en deux temps.

Dr P. MESLIER.

DE LA QUININE COMME PROPHYLACTIQUE DU PALUDISME, par J.-G.-M. BIZARDEL. — Th. de Paris, 1888.

L'auteur préconise l'usage de la quinine comme prophylactique du paludisme dans les pays à fièvre, et spécialement dans les pays intertropicaux. « Si, comme le dit le docteur Raoul, la quinine n'empêche pas toujours la fièvre, elle garantit au moins certainement de la fièvre pernicieuse. »

Elle a aussi pour effet de retarder la manifestation de l'empoisonnement, chose réellement importante, si l'on songe aux nombreuses circonstances dans lesquelles quelques jours suffisent pour mener à bien une mission.

Dr A.

CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES CONGÉNITALES, par le docteur BACH. — Thèse de Paris, 1887.

Dans la cure radicale des hernies, il est de toute nécessité de se conformer aux lois de la chirurgie antiseptique.

On devra toujours réséquer le sac; cette résection totale du sac inguinal est toujours possible, sauf de très rares exceptions.

La résection du sac inguinal, avec conservation intégrale du testicule et des éléments du cordon, est possible dans les hernies congénitales, avec ou sans ectopie. Elle est délicate et minutieuse, mais elle n'offre pas de difficultés inabordables.

La résection du canal péritonéo-vaginal, sans hernie, dans le cas de persistance de ce conduit, est possible; elle peut se faire en conservant le testicule et le cordon; elle est opportune, quand l'anomalie est diagnostiquée, pour empêcher la hernie de se produire ultérieurement.

En résumé, dit l'auteur, il faut réséquer le sac inguinal: 1o Dans les hernies étranglées, au cours de la kélotomie; 2o dans les cures radicales de hernies non étranglées; 3o dans les cures radicales de hernies congénitales; 4o à titre préventif, dans les cas de persistance du conduit vaginopéritonéal, quand une hydrocèle ou toute autre circonstance permet d'en faire le diagnostic.

A. M.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

ORIGINE DE L'EMPLOI DU GOUDRON EN THÉRAPEUTIQUE. — On n'est pas tenu de savoir, fût-on très érudit, que l'introduction du goudron dans la thérapeutique usuelle est due à un évêque anglican, métaphysicien des plus remarquables, George Berkeley, né en Irlande.

Ce fut à la suite d'une discussion extraordinairement animée avec Berkeley, que Mallebranche, convalescent d'une pneumonie, s'échauffa à un point tel qu'il fut emporté brusquement par une rechute.

Cet incident attira l'attention de Berkeley sur les affections pulmonaires. Au surplus, atteint lui-même, plus tard, d'une bronchorrée tenace, il essaya empiriquement l'eau de goudron et en éprouva un soulagement tel, qu'après avoir écrit jusque-là des ouvrages de philosophie transcendante, un Traité du mouvement, une Théorie de la vision, il donna le singulier spectacle d'un évêque et d'un philosophe éminent occupé de résoudre ces questions de pharmacie. Son ouvrage sur les *Vertus de l'eau de goudron* eut un grand retentissement.

Berkeley mourut en 1753. S'il eût vécu un siècle plus tard il aurait certainement ajouté, en post-scriptum à son Traité des *Vertus du goudron*, un chapitre utile et curieux sur les propriétés des Pastilles Géraudel au goudron végétal.

Dr. DURAN.

BULLETIN

INAUGURATION DE L'INSTITUT PASTEUR.

L'inauguration de l'Institut Pasteur, qui a eu lieu mercredi dernier, a offert le double caractère d'une solennité scientifique et patriotique. « Si la science n'a pas de patrie, a dit excellemment M. Pasteur, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans le monde. » Les applaudissements unanimes qui ont accueilli ces paroles ont montré que les nombreux auditeurs de l'illustre savant pensaient comme lui, et M. Joseph Bertrand a été aussi leur fidèle interprète lorsque, en terminant l'allocution par laquelle il a ouvert la séance, il a dit à M. Pasteur :

« Les problèmes qui, depuis un demi-siècle, tourmentent sans repos votre esprit, ne sont plus insolubles. C'est pour vous en remercier au nom de l'humanité, pour nous en réjouir au nom de la science, pour nous en glorifier tous ensemble au nom de la France, que nous sommes réunis aujourd'hui. »

Et quelle réunion! Le chef de l'Etat, assisté du Président du Conseil et de plusieurs ministres, avait tenu à l'honorer de sa présence. Le Sénat, la Chambre des députés, le Conseil général de la Seine, l'Institut, l'Académie de médecine, le haut enseignement de Paris, le Comité consultatif d'hygiène publique, en un mot tous les corps constitués et les corps savants, y comptaient de nombreux et sympathiques représentants.

Après l'allocution de M. Bertrand, M. Grancher a rappelé les différentes phases qu'a traversées la vaccination antirabique, le scepticisme qu'elle a d'abord rencontré, les hostilités même qu'elle a soulevées; et, à ce sujet, avec beaucoup de modération et de tact, l'orateur s'est plu à reconnaître que la médecine traditionnelle ne pouvait désarmer brusquement devant une doctrine nouvelle dont l'avènement ne constituait rien moins qu'une révolution. Mais ensuite la lumière s'est faite; les expériences, en se multipliant, ont confirmé de plus en plus les inductions premières et, grâce au perfectionnement progressif de la technique des vaccinations, les résultats sont devenus de plus en plus probants. Nous relevons les

chiffres suivants dans les statistiques produites par M. Grancher :

Le nombre des personnes traitées à Paris, dit M. Grancher, pendant les années 1886-1887 et la première moitié de 1888 s'élève à 5374. En 1886, où l'affluence des étrangers était considérable, nous avons inoculé 2682 personnes, 1778 en 1887 et 914 jusqu'au 1er juillet 1888.

Le taux de la mortalité, en comptant tous les morts, même ceux pris de rage le lendemain du traitement, est, pour 1886 de 1,34 0/0, pour 1888 de 1,12, et pour 1888 de 0,77.

Mais il convient d'écarter des tables de la mortalité les personnes qui succombent à la rage dans les quinze jours qui suivent le traitement, car la vaccination, pour être efficace, doit être achevée avant que l'incubation du virus du chien mordeur ait commencé dans les centres nerveux. Or, le virus de la rage commune, porté directement à la surface du cerveau d'un chien, y incube pendant quinze ou dix-huit jours avant d'y produire ses effets.

Chez les malades qui succombent à la rage dans la quinzaine qui suit le traitement, celui-ci a été inutile, parce qu'il a été trop tardif, mais il n'a pas été mis en échec, parce que les conditions de son efficacité n'étaient point réalisées.

En opérant cette défalcation, que pas un médecin ne saurait nous refuser, le taux de la mortalité, malgré le traitement, tombe pour 1886 à 0,93 0/0, pour 1887 à 0,67 0,0 et pour 1888 à 0,55 0/0.

Ces chiffres sont sensiblement plus faibles que les premiers, puisque la mortalité reste toujours au-dessous de 1 0/0. Mais les uns ou les autres donnent une mortalité progressivement décroissante alors que notre choix des personnes admises au traitement est de plus en plus sévère.

... Les statistiques spéciales dressées séparément pour les morsures du visage, des mains ou des membres, témoignent à leur façon de l'efficacité de la vaccination antirabique On sait que, dans les anciennes statistiques, la mortalité moyenne de toutes morsures était évaluée à 10 et 15 pour 0/0, selon les observateurs, et que la mortalité par morsure faite à la tête ou au visage s'élevait à 80 et 88 0/0. Dans nos tableaux, la mortalité après morsure à la tête ou au visage est de 3,84 0/0 si on compte plus les morts ; elle est en réalité de 1,82 0/0, si on écarte les morts survenues dans la quinzaine qui a suivi le traitement. Ainsi, dans ce genre de morsure, la moitié des morts survient dans les quinze premiers jours après le traitement, ce qui est une nouvelle preuve de leur gravité exceptionnelle. Mais, cette période dangereuse passée, le traitement est presque aussi efficace pour elles que pour les morsures communes. Nous nous expliquons ces résultats par la vaccination particulièrement énergique donnée aux personnes mordues à la tête ou au visage.

L'écart du chiffre réel de notre statistique : 1,82 0/0, et des chiffres des statistiques classiques : 80 et 88 0/0, est tellement considérable qu'il est impossible de méconnaître l'intervention bienfaisante du vaccin antirabique.

Les statistiques étrangères concordent avec les nôtres.

Messieurs, ajoute plus loin M. Grancher, je ne puis passer sous silence la statistique du département de la Seine qui, chaque année, est l'objet d'un rapport spécial au conseil d'hygiène et de salubrité.

Le rapport pour 1887 a été fait par M. le Dr Dujardin-Beaumetz qui a pris ses documents à la Préfecture de police et, pour ce qui concerne les personnes vaccinées, au Laboratoire de M. Pasteur. Or, en 1887, le nombre des personnes mordues et vaccinées s'élève à 306 sur lesquelles deux sont mortes (1): mortalité 0,76 0/0 ; d'autre part, sept cas de mort par rage sont survenus parmi les 44 personnes qui figurent sur les listes administratives comme n'ayant pas subi la vaccination antirabique. Dans ce groupe la mortalité atteint 15,90 0/0, chiffre que M. Leblanc avait donné et que MM. Pasteur et Brouardel avaient accepté comme représentant la mortalité moyenne avant la vaccination.

Et M. Dujardin-Beaumetz conclut : « Je ne connais pas de témoignage plus éclatant à invoquer à l'appui de la méthode des inoculations. »

Quand on n'a pas de parti pris, de pareils résultats forcent en effet la conviction. Dans la pratique cependant, ainsi que l'a rappelé M. Grancher, après M. Dujardin-Beaumetz, on ne saurait oublier les mesures de police sanitaire qui, dans certains pays, ont suffi pour faire presque disparaître les cas de rage.

Pendant que, à la tribune de l'Académie des sciences ou de l'Académie de médecine, M. Pasteur soutenait la lutte contre les adversaires de sa méthode, l'initiative privée à laquelle il avait fait appel pour la création d'un Institut de vaccination antirabique, lui versait, par souscriptions, la somme de 2,586,680 francs. Dans un rapport, écrit avec non moins d'esprit que de précision, M. Christophle a fait connaître l'emploi de ces fonds : 1,563,776 fr. ont été dépensés ; il reste 1,022,844 francs, dont le revenu assure désormais le fonctionnement régulier de l'Institut.

M. Pasteur devait prendre le dernier la parole pour remercier tous ceux qui, à un titre quelconque, lui ont donné leur concours ; mais son émotion, qui s'est parfois communiquée à l'assistance tout entière, a rendu cette tâche supérieure à ses forces, et c'est son fils qui a lu pour lui le discours que nous sommes heureux de mettre *in extenso* sous les yeux de nos lecteurs.

Monsieur le président,
Messieurs,

Celui qui, dans vingt ans, écrira notre histoire contemporaine et recherchera quelles ont été, à travers les luttes des partis, les pensées intimes de la France, pourra dire avec fierté qu'elle a placé au premier rang de ses préoccupations l'enseignement à tous les degrés. Depuis les écoles de village jusqu'aux laboratoires des hautes études, tout a été soit fondé, soit renouvelé. Élève ou professeur, chacun a eu sa part. Les grands maîtres de l'Université, soutenus par les pouvoirs publics, ont compris que, s'il fallait faire couler comme de larges fleuves l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, il fallait aussi s'inquiéter des sources, c'est-à-dire de l'enseignement supérieur. Ils ont fait à cet enseignement la place qui lui est due. Une telle instruction ne sera jamais réservée qu'à un petit nombre ; mais c'est de ce petit nombre et de son élite que dépendent la prospérité, la gloire et, en dernière analyse, la suprématie d'un peuple.

Voilà ce qui sera dit et ce qui fera l'honneur de ceux qui ont provoqué et secondé ce grand mouvement. Pour moi, Messieurs, si j'ai eu la joie d'aller, dans quelques-unes de mes recherches, jusqu'à la connaissance de principes que le temps a consacrés et rendus féconds, c'est que rien de ce qui a été nécessaire à mes travaux ne m'a été refusé. Et le jour où, pressentant l'avenir qui allait s'ouvrir devant la découverte de l'atténuation des virus, je me suis adressé directement à mon pays pour qu'il nous permît, par la force et l'élan d'initiatives privées, d'élever des laboratoires qui non seulement s'appliqueraient à la méthode de prophylaxie de la rage, mais encore à l'étude des maladies virulentes et contagieuses, ce jour-là la France nous a donné à pleines mains. Souscriptions collectives, libéralités privées, dons magnifiques dus à des fortunes qui sèment les bienfaits comme le laboureur sème le blé, elle a tout apporté, jusqu'à l'épargne prélevée par l'ouvrier sur le salaire de sa rude journée.

(1) Ces chiffres sont ceux du rapport de M. Beaumetz.

Depuis que ce rapport a été fait une 3e personne vaccinée a succombé à la rage, ce qui élève la mortalité à 0,97 0/0.

Pendant que se faisait cette œuvre de concentration française, trois souverains nous donnaient un témoignage de sympathie effective. Sa Majesté le Sultan voulait être un de nos souscripteurs, l'Empereur du Brésil, cet empereur homme de Science, inscrivait son nom avec la joie d'un Confrère, disait-il, et le Tsar saluait le retour des Russes que nous avions traités par un don vraiment impérial.

Devant les médecins russes qui travailleront dans nos laboratoires et sont déjà présents parmi nous, j'adresse au Tsar l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Comment toutes ces sommes ont été centralisées au Crédit Foncier de France et l'usage qui en a été fait, vous venez de l'apprendre, Messieurs. Mais ce que M. Christophle ne vous a pas dit, c'est avec quel souci il a géré ce bien national.

Avant la pose de la première pierre, le Comité de patronage de la souscription a décidé, malgré moi, que cet Institut porterait son nom. Mes objections persistent contre un titre qui réserve à un homme l'hommage dû à une doctrine. Mais si je suis troublé par un tel excès d'honneur, ma reconnaissance n'en est que plus vive et plus profonde. Jamais un Français s'adressant à d'autres Français n'aura été plus ému que je ne le suis en ce moment.

La voilà donc bâtie, cette grande maison dont on pourrait dire qu'il n'y a pas une pierre qui ne soit le signe matériel d'une généreuse pensée. Toutes les vertus se sont cotisées pour élever cette demeure du travail. Hélas! j'ai la poignante mélancolie d'y entrer comme un homme « vaincu du temps », qui n'a plus autour de lui aucun de ses maîtres, ni même aucun de ses compagnons de lutte, ni Dumas, ni Bouley, ni Paul Bert, ni Vulpian qui, après avoir été avec vous, mon cher Grancher, le conseiller de la première heure, a été le défenseur le plus convaincu et le plus énergique de la méthode! Toutefois, si j'ai la douleur de me dire : Ils ne sont plus, après avoir pris vaillamment leur part des discussions que je n'ai jamais provoquées, mais que j'ai dû subir; s'ils ne peuvent m'entendre proclamer ce que je dois à leurs conseils et à leur appui; si je me sens aussi triste de leur absence qu'au lendemain de leur mort, j'ai du moins la consolation de penser que tout ce que nous avons défendu ensemble ne périra pas. Notre foi scientifique, les collaborateurs et les disciples qui sont ici la partagent.

Le service du traitement de la rage sera dirigé par M. le professeur Grancher, avec la collaboration des docteurs Chantemesse, Charrin et Terrillon.

M. le Ministre de l'Instruction publique a autorisé M. Duclaux, le plus ancien de mes élèves et collaborateurs, aujourd'hui professeur à la Faculté des Sciences, à transporter ici le cours de Chimie biologique qu'il fait à la Sorbonne. Il dirigera le laboratoire de Microbie générale. M. Chamberland sera chargé de la Microbie dans ses rapports avec l'Hygiène; M. le Dr Roux enseignera les méthodes microbiennes dans leurs applications à la Médecine. Deux savants russes, les docteurs Metchnikoff et Gamaleïa, veulent bien nous prêter leur concours. La morphologie des organismes inférieurs et la microbie comparée seront de leur domaine.

Vous connaissez, Messieurs, les espérances que nous donnent les travaux du Dr Gamaleïa. C'est à dessein que je me sers du mot *espérances*. L'application à l'homme est loin d'être faite en ce moment; mais la plus rude étape est franchie.

Constitué comme je viens de le dire, notre Institut sera à la fois un dispensaire pour le traitement de la rage, un centre de recherches pour les maladies infectieuses et un centre d'enseignement pour les études qui relèvent de la Microbie. Née d'hier, mais née toute armée, cette Science puise une telle force dans ses victoires récentes qu'elle entraîne tous les esprits. Cet enthousiasme que vous avez eu dès la première heure, gardez-le, mes chers Collaborateurs, mais donnez-lui pour compagnon inséparable un sévère contrôle. N'avancez rien qui ne puisse être prouvé d'une façon simple et décisive. Ayez le culte de l'esprit critique. Réduit à lui seul, il n'est ni un éveilleur d'idées, ni un stimulant de grandes choses. Sans lui tout est caduc. Il a toujours le dernier mot. Ce que je vous demande là et ce que vous demanderez à votre tour aux disciples que vous formerez est ce qu'il y a de plus difficile à l'inventeur. Croire que l'on a trouvé un fait scientifique important, avoir la fièvre de l'annoncer et se contraindre des journées, des semaines, parfois des années à se combattre soi-même, à s'efforcer de ruiner ses propres expériences, et ne proclamer sa découverte que lorsqu'on a épuisé toutes les hypothèses contraires, oui, c'est une tâche ardue. Mais quand, après tant d'effort, on est enfin arrivé à la certitude, on éprouve une des plus grandes joies que puisse ressentir l'âme humaine, et la pensée que l'on contribuera à l'honneur de son pays rend cette joie plus profonde encore. Si la Science n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ces travaux peuvent avoir dans le monde.

S'il m'était permis, Monsieur le Président, de terminer par une réflexion philosophique provoquée en moi par votre présence dans cette salle de travail, je dirais que deux lois contraires semblent aujourd'hui en lutte : une loi de sang et de mort qui, en imaginant chaque jour de nouveaux moyens de combat, oblige les peuples à être toujours prêts pour le champ de bataille, et une loi de paix, de travail, de salut qui ne songe qu'à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent. L'une ne cherche que les conquêtes violentes, l'autre que le soulagement de l'humanité. Celle-ci met une vie humaine au-dessus de toutes les victoires; celle-là sacrifierait des centaines de mille existences à l'ambition d'un seul.

La loi dont nous sommes les instruments cherche même à travers le carnage à guérir les maux sanglants de cette loi de guerre. Les pansements inspirés par nos méthodes antiseptiques peuvent préserver des milliers de soldats. Laquelle de ces deux lois l'emportera sur l'autre? Dieu seul le sait. Mais ce que nous pouvons assurer, c'est que la Science française se sera efforcée, en obéissant à cette loi d'humanité, de reculer les frontières de la vie.

Ce discours, fréquemment interrompu par les applaudissements, s'est terminé par une véritable ovation. M. Pasteur a dû oublier à ce moment les luttes, les obstacles surmontés, les difficultés vaincues et ces heures de fièvre où, prêchant d'exemple à ses disciples, il cherchait à contrôler la rigueur de ses découvertes avant de la faire connaître.

Ont reçu ensuite des mains de M. Carnot, MM. Grancher et Duclaux la croix d'officier de la Légion d'honneur, M. Chantemesse celle de chevalier, M. Brébant, architecte, les palmes d'officier d'Académie.

Après la séance, le Président de la République, sous la conduite de M. Pasteur, et les nombreux invités, ont visité les différentes parties de l'Institut.

Nous avons parlé plus haut de révolution : le monument qu'on vient d'inaugurer la consacre et en marque pour ainsi dire la date. A l'encontre des révolutions politiques, qui démolissent, les révolutions scientifiques édifient. Quelle sera la durée de l'édifice construit par M. Pasteur? Sa doctrine résistera-t-elle plus que les systèmes qui l'ont précédée, aux coups du temps et à la marche progressive ou aux variations de l'esprit humain? Qui pourrait le dire? En attendant, soyons satisfaits de l'heure présente : la journée du 14 novembre 1888 a été bonne pour le savant, bonne pour la science française et laissera, dans l'esprit et le cœur de tous, les meilleurs souvenirs.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

CONGRÈS INTERNATIONAUX. — Le ministre du commerce vient de former comme suit les comités d'organisation des nouveaux Congrès internationaux qui doivent avoir lieu à Paris pendant l'Exposition universelle de 1889.

Congrès de pathologie interne. — MM. Ballet, Bergeron, Bonchard, Bucquoy, Gadet de Gassicourt, Chantemesse, Charcot, Chauffard, Comby, Damaschino, Debove, Desnos, du Cazal, Féréol, Guyot, Hérard, Jaccoud, Joffroy, Kelsch, Landouzy, Lereboullet, Letulle, Millard, Moutard-Martin, Peter, Potain, Rendu, Siredey, Villemin.

Congrès pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation. — MM. Berthelot, Blatin, Brouardel, Buisson, Caillat, Carnot, Chaumeton, Claude-Lafontaine, de Coubertin, Féry d'Esclands, Godart, Gréard, Javal, Kortez, Lagrange, Lavisse, Legouvé, Marey, Morel, Moutard, Picot, Rabier, Rochard, Simon, Troisier, de Villeneuve.

Congrès de l'assistance publique. — MM. d'Arenberg, Bourneville, Chautemps, de Crisenoy, Dreyfus-Brisac, Drouineau, Gaufrès, Gerville-Réache, Jeanson, Le Fort, Le Roy, A.-J. Martin, Maze, Monod, Muteau, Napias, Peyron, Pichon, Regnard, Rochard, Rollet, Roussel, Rousselle, Siegfreid, Simon, Paul Strauss, Teissier du Gros, Thulié, Tolain, U. Trélat.

Congrès de médecine vétérinaire. — MM. Benjamin, Butel, Capon, Chauveau, Delamotte, Houssin, Leblanc, Nocard, Renault, Rossignol, Trasbot et Weber.

Congrès d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques. — MM. Berthelot, Mathias Duval, Hamy, Lagneau, Letourneau, Pozzi, de Quatrefages, Topinard.

Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. — Membres nouveaux : MM. Balzer, du Castel, Gailleton, Hardy, Humbert, Laillier, Leloir, Mauriac, Pozzi et Ricord.

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans son dernier Conseil, la Faculté de médecine de Paris a accordé, sur sa demande, un congé d'un an à M. le professeur A. Richet.

M. le professeur Tarnier a été délégué dans la chaire de clinique de la rue d'Assas.

MM. les agrégés Brun, Hutinel, Brissaud et Ballet, ont demandé à se spécialiser comme suit : M. Brun, dans la chaire d'ophthalmologie; M. Hutinel, dans la chaire des maladies des enfants; M. Brissaud, dans la chaire des maladies du système nerveux, et M. Ballet, dans la chaire des maladies mentales.

Au prochain concours d'agrégation, les chaires de thérapeutique, maladies cutanées et syphilitiques, et anatomie pathologique, seront spécialisées.

Une Commission est chargée de la réforme du concours du clinicat et de donner son avis sur le maintien ou la suppression des internes dans les services de chirurgie.

— M. le docteur Condray est maintenu dans les fonctions de préparateur de pathologie externe.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie est composé comme suit : M. Rémy, chef des travaux; MM. Variot et Chatellier, préparateurs; MM. Launois, Girod, Pilliet, Binot, Legrand et Morau, aides-préparateurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — L'Assemblée de la Faculté a présenté pour le décanat, en première ligne, M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale (par 24 voix sur 28 votants).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par décret, en date du 10 novembre 1888, ont été nommés près la Faculté de médecine de Montpellier :

1° Professeur de pathologie interne, M. Carrier, agrégé des Facultés de médecine ;

2° Professeur d'anatomie, M. le docteur Paulet.

— M. Brousse, agrégé, est chargé des fonction de préparateur du laboratoire de clinique médicale, en remplacement de M. Blaise, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Les concours de clinique chirurgicale et ophtalmologique viennent de se terminer. M. Vallas est nommé chef de clinique chirurgicale et M. Meurer chef de clinique ophthalmologique.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 novembre 1888, est rapporté l'arrêté du 9 octobre 1888, portant, qu'un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille.

— Le jury du concours d'agrégation de médecine qui doit s'ouvrir à Paris, le 15 décembre prochain est ainsi constitué, sauf modifications ultérieures : MM. Brouardel, Jaccoud, Cornil, Grancher, Dieulafoy (de Paris), Tessier (de Lyon), Coyne (de Bordeaux), Arnould (de Lille) et Kiener (de Montpellier).

**

— M. Philippe Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société chimique de Paris, fera un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la Clinique, à l'Hygiène et à la Thérapeutique.

Il traitera particulièrement de l'examen chimique et microscopique des urines, des calculs, de la bile, du sang, des sérosités, du lait de femme, de l'eau potable, des matières alimentaires les plus usuelles, de la recherche des bacilles pathogènes.

Enfin, il exposera les caractères chimiques des produits médicamenteux les plus importants, et des substances éminemment toxiques au point de vue des applications médico-légales.

Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations qui font l'objet de ce cours. Le matériel et les appareils du laboratoire sont mis à leur disposition.

On s'inscrit tous les jours, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

— M. le professeur Laboulbène a commencé le Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 15 novembre 1888, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M le docteur Galezowski a commencé un cours public sur les maladies des yeux à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre n° 2), mardi dernier, 13 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

OPHTHALMOLOGIE. — M. Gillet de Grandmont a commencé son cours de médecine opératoire sur les yeux vendredi dernier, 16 novembre, à huit heures du soir, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — Le docteur J.-A. Fort, ex-interne des hôpitaux, ancien professeur libre d'anatomie à l'Ecole pratique de la Faculté, a commencé sa clinique des maladies des

voies urinaires jeudi dernier, 15 novembre, à neuf heures, rue Dauphine, n° 16. Des consultations gratuites seront données tous les mardis, jeudis et samedis, de neuf heures à onze heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Plicque. Récidives des tumeurs malignes. — M. Demars. Des kystes hydatiques du foie. — M. Felici. Rapport de la chlorose avec la tuberculose.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 4 AU SAMEDI 10 NOVEMBRE 1888

Fièvre typhoïde 17.— Variole 4.— Rougeole 24 —Scarlatine 0. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 30. — Choléra 0. — Dyssentérie 0. — Phthisis pulmonaire 171.— Autres tuberculoses 24. — Tumeurs : Cancéreuses 63. — Autres 10. — Méningite 26. — Congestion et hémorr. cérébrales 49. — Paralysie 6.— Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 63.— Bronchite aiguë 23. — Bronchite chronique 30. — Broncho-pneumonie 18.— Pneumonie 61. — Gastro-entérite : Sein 11. — Biberon 67. — Autres 5 — Fièvre et périt. puerpérales 1. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 26. — Sénilité 33. — Suicides 15. — Autres morts violentes 8. — Autres causes de mort 149. — Causes inconnues 6. — Total de la semaine : 956 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Sur la pathogénie des accidents nerveux, consécutifs aux explosions du grisou, par le docteur Gaudin. In-8o.—Prix : 2 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance de la commission d'hygiène hippique et publié par ordre du Ministre de la Guerre, 2e série, t. XII. Un volume in-8o de 500 pages avec une planche hors texte —Paris, librairie militaire de L. Baudoin et Cie, 30, rue et passage Dauphine.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix: 2 fr.50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin consultant à la Bourboule. Nouvelle édition. — 1 vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE** ;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

DES CONCRÉTIONS CALCAIRES DU POUMON ET DE LA PLÈVRE, par ADRIEN POZZI et HUGELO, internes des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Les concrétions calcaires intra-pulmonaires sont connues depuis longtemps, et Galien, au dire de Louis (1), en aurait decrit des exemples. Morgagni (lettre XV) dit avoir souvent observé des petites pierres dans les poumons. Il les compare aux concrétions arthritiques, et dit qu'il y en a de très dures. Il ajoute qu'il est extrêmement rare que les sujets sur lesquels on les trouve n'aient pas toussé. Cependant il rapporte l'observation d'un malade qui n'avait jamais toussé, et à l'autopsie duquel on trouva des concrétions calcaires.

Mais c'est Bayle surtout qui appela l'attention sur ces concrétions (2). Il en avait fait une forme spéciale de la phthisie pulmonaire sous le nom de phthisie calculeuse. Avant lui, on croyait qu'elles étaient surtout dues à l'inhalation de poussières pulvérulentes. Broussais, un des premiers (1), les considéra comme des formes de tubercules dégénérés. Laënnec combattit les idées de Bayle et montra que, dans les observations de cet auteur, il y avait en même temps des tubercules pulmonaires auxquels on pouvait très bien les rattacher. Il est juste de dire que, dans les deux observations capitales de Bayle, les rapports entre la phtisie tuberculeuse et les noyaux calcaires qui farcissaient les poumons, ne sont pas aussi évidents que l'affirme l'illustre auteur de l'*Auscultation médicale*. Mais Laënnec, préoccupé surtout de la guérison des cavernes, ne les cite guère que comme calcification de kystes ou cavernes cicatrisées. « Je possède, dit-il, un kyste ostéopétré de la grosseur d'un œuf de poule, trouvé par un étudiant dans les poumons d'un sujet sur lequel il commençait l'étude de l'anatomie et qui paraissait phtisique. » (2).

Cette transformation calcaire des tubercules est actuellement bien connue : « La matière caséuse peut subir des transformations nombreuses qui, par l'adjonction de particules calcaires, en font une sorte de mastic, et au plus haut degré un petit calcul », dit Hanot (3).

Ces calculs sont en général multiples, petits ; parfois ce n'est qu'une simple poussière, et ils ressemblent à un grain de chenevis ; les plus gros qu'on ait décrits étaient du volume d'une noisette. Ils peuvent être englobés dans un tissu ferme ou contenus dans une sorte de kyste ou caverne cicatrisée. Une bronche peut s'ouvrir dans cette cavité, et l'on

(1) Louis. Art. *Phtisie*, du Dictionnaire en 30 volumes.
(2) *Recherches sur la phtisie*. Paris, 1810.

(1) *Phlegmasies chroniques*, édit. de 1882, p. 245.
(2) Laënnec. *Traité de l'auscultation médicale*. Edition de la Faculté, 1879, p. 362.
(3) Article *Phtisie, in Dictionnaire Jaccoud*.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. — Voir les numéros 39, 40, 41 et 45.

Après cette disgression qui m'a écarté un peu de M. Corradi, le professeur de Pavie me rappelle à lui par une troisième brochure intitulée : *Quelques lettres de Morgagni* (1).

Morgagni est bien un de ces rares médecins dont les œuvres ont encore de l'influence longtemps après leur disparition. Dans notre profession, où les progrès de la science nous rendent si aisément oublieux des efforts de ceux de nos pères disparus, on peut considérer presque comme des privilégiés ceux qui échappent à ce grand naufrage de nos notoriétés des siècles précédents. Mais Morgagni a joué un si grand rôle dans l'évolution de l'anatomie pathologique, qu'en Allemagne, F. Falk (1) et en Angleterre, B. Richardson (2), rappelaient hier encore son rôle méritoire. Aussi M. Corradi a-t-il été bien inspiré en publiant ces 8 lettres, dont 2 seulement sont inédites, il est vrai, et qui nous montrent quelques particularités de la vie laborieuse du célèbre professeur de Padoue, son dévouement et son affection pour ses maîtres, Valsalva, Lancisi, etc., sa reconnaissance pour la République de Venise, qui l'avait si favorablement accueilli.

Ces bons sentiments se dévoilent dans ses lettres et nous révèlent chez l'homme de science des qualités de cœur qu'on n'aurait pu soupçonner dans ses œuvres techniques.

Les six premières lettres avaient déjà été publiées dans un opuscule paru à Bologne en 1887 (chez Zanichelli). Elles sont adressées à Valsalva et ont trait à l'anatomie du pharynx. Les deux lettres inédites, datées de juillet 1720 (du 15 et du 27) ont été communiquées

(1) In-8° de 44 pages. — Milan, 1888. Tipografia Fratelli Rechiedei.

(1) *Die pathologische Anatomie und Physiologie des Joh.-Bapt. Morgagni*. Berlin, 1887.
(2) *Morgagni G.-B. and the birth of Pathology, Asclepiad*. London, 1888, p. 147.

comprend ainsi l'expectoration de concrétions calcaires, observée quelquefois. Dans un cas rapporté par Ball (1), « dans une cavité assez volumineuse pour caser un œuf de pigeon, on trouva une concrétion blanchâtre d'une dureté pierreuse, offrant le volume d'une petite noisette, parfaitement libre au milieu de l'excavation pulmonaire. La structure de ce calcul était excessivement poreuse; des cavités fort étendues, par rapport à la masse totale, communiquaient entre elles et donnaient à ce petit corps l'aspect de la pierre meulière caverneuse des environs de Paris, dont il était cependant bien loin d'offrir la résistance. »

Leur consistance et leur aspect sont variables. Ils sont assez mous, friables, ou très durs; dans le premier cas, ils sont, en général, lisses; les seconds, au contraire, seraient irréguliers de surface, d'après Rogée, qui, pour les distinguer, leur a donné le nom de concrétions crétacées (analogues à de la craie) et de concrétions calcaires (2).

Ils siègent, le plus fréquemment, dans les sommets. Sur 51 cas, Rogée les a trouvés :

Siégeant exclusivement au sommet	39 fois.
Également distribués dans tout le poumon	6 »
Dans plusieurs parties du poumon, sauf au sommet	6 »

En même temps s'observent, dans la majorité des autopsies, d'autres lésions tuberculeuses, noyaux ou cavernes.

L'examen chimique de ces concrétions a été fait plusieurs fois. Un des plus complets, est celui qui a été donné par Sgazzi en 1837. Cet auteur a opéré sur de petits calculs recueillis dans un poumon par Mondi et trouva (3) :

Phosphate de chaux	1g,56
Carbonate de chaux	0 ,39
Carbonate de magnésie	0 ,05

(1) Ball et Vée. Note sur l'analyse d'une concrétion calcaire dans une excavation pulmonaire chez un jeune tuberculeux. (In BULLETIN SOCIÉTÉ BIOLOGIE, 1858.)

(2) *Essai sur la curabilité de la phtisie pulmonaire ou recherches anatomo-pathologiques sur la transformation des tubercules et la cicatrisation des excavations tuberculeuses des poumons*, par Rogée. ARCH. GÉNÉR. DE MÉDECINE, 3e série, t. V. 1839, p. 194.

(3) Analysi dei calcoli pulmonari aggiuntevi alcuni reflessioni intorno ali origine dei calcoli in generale non che delle concrezioni calcolose. (IN ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA, vol. LXXXVII, 1837.)

Matières grasses *sui generis* solubles dans l'éther et insolubles dans l'alcool	0g,06
Cholestérine	0 ,66
Mucus	0 ,09
Substance indéterminée	0 ,03
Oxyde de fer	0 ,09
Silice	0 ,03
Matière évaporée	0 ,03

L'auteur croit que la cholestérine est due à une modification de la stéarine. Mais la cholestérine, comme l'a montré Broude, existe en grande quantité dans les cendres du poumon sain (1).

MM. Ball et Vée ont trouvé, dans l'analyse du calcul dont nous avons rapporté la description, la composition suivante :

Eau	0g,015
Matières grasses, Cholestérine	0 ,038
Matière organique insoluble dans l'éther	0 ,052
Sulfate de soude, Chlorure de sodium	Des traces
Phosphate de soude	0g,003
Phosphate de magnésie	0 ,005
Phosphate de chaux	0 ,385
Carbonate de chaux	0 ,030

On voit qu'ici les sels insolubles, et surtout le sulfate de chaux, dominent.

Le carbonate et le phosphate de chaux forment la plus grande partie de l'analyse de Lhéritier (*Traité de chimie biologique*); de même dans l'analyse de Bronde.

Mais il est aussi un fait remarquable dans toutes ces recherches : c'est le peu de matière organique qu'on rencontre, par rapport aux sels calcaires. Thénard, d'après Rogée, aurait trouvé que la substance organique s'y rencontre dans la proportion de 4 pour 96 de sels minéraux. Or, dans notre cas, il y avait prédominance de la matière organique.

Mais n'existe-t-il pas de concrétions calcaires, non tuberculeuses d'origine ?

(1) Broude. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, t. VI, p. 183.

à M. Corradi par le prince Balthazar Boncompagni, de Rome. Bien qu'elles ne portent pas d'adresse, il a été facile d'en reconnaître le destinataire. C'est le bailli de Forli (patrie de Morgagni), Giorgio Viviano Marchesi Buonaccorsi, qui préparait alors les *Vies des hommes illustres de Forli* (1), qui devaient être suivies peu après de son autre publication, *Monumenta virorum illustrium Galliæ togatæ*, etc., etc. (2). Morgagni lui donne des renseignements sur sa propre vie et sur celle de plusieurs médecins ou professeurs, et même des conseils sur la Lettre au lecteur qui doit précéder l'ouvrage.

Est-il besoin de dire encore une fois que les commentaires ou annotations dont M. Corradi a libéralement enrichi la reproduction de ces lettres en augmentent singulièrement la valeur ? Ce serait du superflu.

XII. — C'est une œuvre véritablement littéraire que vient de publier M. A. Riant : *Les irresponsables devant la justice* (1). Je ne veux pas dire par là que ce n'est pas une œuvre scientifique, tant s'en faut; mais à la connaissance la plus complète de la question, qu'il traite en outre avec l'esprit le plus judicieux, le plus philosophique, M. Riant a joint *la forme*, une forme artistique. Mon appréciation est déjà formulée dans ces quelques lignes. Mais je n'ai pas tout dit. Entrons dans le vif de la question.

Si les jurés sont aujourd'hui un peu trop enclins à abuser de l'irresponsabilité pour absoudre à tort et à travers, par contre, une nouvelle école, recrutée aussi bien parmi les médecins que parmi les gens de loi, est portée à admettre que, chez les peuples dits *policés*, le véritable rôle des juges est non pas tant de rendre la justice au sens absolu du mot et de l'idée, que de protéger les gens non dangereux contre les méfaits des êtres nuisibles, si inconscients soient-ils. Un chien enragé n'est pas coupable. Il est bien inconscient et par conséquent irresponsable; on l'abat quand même, et l'on fait bien, diront tout les premiers les partisans de l'irresponsabilité.

(1) Forolivii, Silva, 1726.

(2) Ibidem, 1727.

(1) 1 vol. in-12 de XIV-306 pages; Paris, 1888. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Forget, dans un travail important, se demande s'il ne peut se former des calculs ou des ossifications d'emblée, comme il s'en forme dans la plupart des autres tissus parenchymateux (1). Il a trouvé, au milieu de poumons sains, des corps étrangers, uniques. Mais c'étaient, dans les cas rapportés, de toutes petites concrétions. Il conclut :

« 1° Les calculs pulmonaires peuvent être primitifs, indépendants de l'existence des tubercules, ou des poussières inspirées.

« 2° Ces calculs peuvent être solitaires, c'est-à-dire exister seuls ou en petit nombre.

« 3° Ces calculs peuvent exister plus ou moins longtemps, peut-être indéfiniment, à l'état latent.

« 4° Les calculs peuvent déterminer des accidents analogues à la phtisie tuberculeuse. Donc, la phtisie calculeuse existe comme une maladie spéciale indépendante de la phtisie tuberculeuse.

« 5° Elle diffère essentiellement de la phtisie tuberculeuse par ses caractères anatomiques et par sa terminaison. »

Nous voici revenus presque à notre point de départ et à Bayle. Pas plus que son devancier, Forget n'a pu faire rentrer la phtisie calculeuse dans la nosographie clinique.

Mais Talamon (2) a protesté, avec raison, contre l'origine exclusivement tuberculeuse de ces concrétions calcaires. Un noyau de pneumonie, un infarctus, peuvent leur donner naissance. Les cartilages des bronches peuvent s'infiltrer de sels calcaires, et former aussi de petites concrétions. Andral (3), qui a plus spécialement attiré l'attention sur les calculs des dernières ramifications bronchiques, les croit dues à la transformation du mucus, opinion qui n'est pas, que nous sachions, soutenue aujourd'hui par personne. Il nous faut, enfin, parler des concrétions métastatiques du poumon, décrites par Virchow (4). Cette métastase calcaire, possible en d'autres organes, a une prédilection particulière pour le parenchyme pulmonaire. Elle s'observerait surtout dans les affections chroniques des os, et plus spécialement dans la carie vertébrale. Voici l'explication qu'il en donne : « Quand les sels calcaires des os sont résorbés en masse, les composés calcaires sont rejetés par les reins, et l'urine contient des sédiments, comme l'histoire de l'ostéomalacie de la célèbre femme Supiot l'a appris, le siècle dernier. Mais cette sécrétion des sels calcaires peut être modifiée par des lésions rénales, tout comme la sécrétion des urates de soude est arrêtée dans l'arthritis. Il se forme, de même, des métastases de sels calcaires, mais les dépôts se font dans l'estomac et dans les poumons. Ces derniers se pétrifient dans une grande étendue, sans diminuer la perméabilité des voies respiratoires, dont l'aspect rappelle, alors, celui d'une fine éponge » (1).

(1) Forget (de Strasbourg). Aperçu clinique sur la phtisie pulmonaire calculeuse non tuberculeuse, mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine, le 10 octobre 1854. (In GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, 1854, p. 60.)

(2) Talamon. *De la calcification* ; étude critique. *In* REVUE MENSUELLE DE MÉD. ET DE CHIR., 1877, p. 462.

(3) Andral. Clinique médicale, t. 4, p. 138.

(4) Virchow. ARCHIVES DE ....., 1855, t. VIII, p. 603.

Les observations de Virchow sont loin d'être probantes, et il en est quelques-unes où les concrétions pulmonaires sont manifestement d'origine tuberculeuse. L'on sait, enfin, quelle étroite parenté unit la phtisie bacillaire du poumon et les affections chroniques des os, surtout la *carie* vertébrale. Mais quelle qu'en soit l'origine, dans tous les cas rappelés ici, la description macroscopique de la concrétion, sa composition chimique, sont toujours les mêmes. Il n'y a rien qui ressemble à cet énorme calcul homogène, si riche en matière organique, sous son aspect pierreux.

Nous passons à l'examen de notre deuxième pièce. Les concrétions ossiformes, à la suite de pleurésies purulentes et de pleurésies chroniques, sont bien connues. Nous ne parlons pas des concrétions osseuses, dépendant des côtes, bien décrites par Parise, et qui n'ont aucun rapport avec la pièce que nous avons trouvée. Les concrétions calcaires décrites par les auteurs, le sont sous forme de plaques, plus ou moins étendues. Gilbert (2) a présenté un exemple remarquable de calcification pleurale. Dans ce cas, la plèvre presque toute entière, d'un côté, était transformée en une véritable cuirasse. On y trouva deux couches distinctes : une couche externe fibreuse et, dans l'intérieur, des sels calcaires. On voit l'analogie avec la pièce que nous avons présentée avec sa gaine fibreuse et sa tige calcaire. Elles ne diffèrent que par leur forme, tenant à leur différence d'origine locale. La plaque se forme

(1) Virchow. *Pathologie cellulaire*, p. 178.

(2) Gilbert. SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, 1883.

Nous serions donc, d'après M. Riant, en présence de deux grands périls sociaux :

« Ou bien c'est la responsabilité morale, encore admise en principe, mais réduite, dans les faits, à n'être plus qu'un vain mot, tant les exceptions se multiplient au delà de toute raison et de toute mesure ; ou bien c'est la responsabilité morale franchement niée, et avec elle s'écroulant toutes les notions de devoir, de morale, de justice ; c'est une société déshonorée, désarmée au milieu des ruines de toutes ses forteresses, n'ayant plus contre les assauts du mal, croissant en audace, que le droit du plus fort comme suprême égide. »

Triste dilemne, en réalité, ajoute M. Riant, si nous en étions réduits à choisir entre l'état de chose actuel, qui ne respecte les principes que pour ne plus les appliquer, ou une réforme qui sape dans ses fondements tout l'édifice social !

M. Riant veut donc que partout, à côté, au-dessus des causes extérieures du crime, si intéressantes qu'elles soient, on recherche les causes intimes, morales, psychiques, qu'on semble vouloir dédaigner, méconnaître aujourd'hui.

Eh quoi ! faisant litière du bon sens, de l'esprit juridique ou scientifique, nous accepterions de prendre exagérations, affirmations ou négations sans preuves, incertitudes, contradictions, pour des axiomes scientifiques ; nous consentirions à porter à la barre des tribunaux, à inscrire dans la loi des thèses d'école, à justifier tous les crimes, à déclarer leurs auteurs tous irresponsables au nom de la liberté et de la responsabilité morale condamnées, sauf à les punir plus sévèrement au nom de ce droit de défense sociale que Victor Cousin appelait « une atroce injustice » quand il n'a plus son origine dans la notion du juste !

Pas plus que M. Riant, on ne saurait l'admettre. Car sa démonstration est éloquente et persuasive.

M. Riant mérite donc encore une fois nos éloges ; il a semé son volume de vérités. C'est de la logique, et la bonne logique domine l'humanité, ou mieux l'humanitarisme et encore plus la politique, et même la jurisprudence.

XIII et XIV. — Voici maintenant deux intéressantes brochures signées de M. Paul Topinard. La première a pour titre : *L'Anthropologie criminelle* (1).

(1) Brochure in-8 de 32 pages. Extrait de la REVUE D'ANTHROPOLOGIE du 15 novembre 1887. Paris, G. Masson, éditeur.

dans la grande cavité pleurale étalée; l'autre est née sur la tranche de la plèvre interlobaire. Le liquide fibrineux a *bavé*, pour ainsi dire, et, goutte par goutte, s'est formée la concrétion, véritable *stalactite* pleurétique; l'on s'explique ainsi, et la forme en aiguille et la composition de la concrétion. La pointe, de formation plus récente, est presque entièrement composée de fibrine, tandis que, dans la grosse portion, plus ancienne, les sels ont eu le temps de se déposer.

La pleurésie interlobaire a donné ainsi naissance à une concrétion, riche en matière organique et en sels. Si, au lieu de s'écouler ainsi sur le bord de la scissure, la pleurésie eût été enkystée, les mêmes transformations auraient pu survenir.

C'est ainsi, croyons-nous, que peut s'expliquer l'origine de la deuxième tumeur, que nous considérons comme une pleurésie interlobaire enkystée, ayant subi en grande partie la transformation calcaire.

Il est regrettable que l'on n'ait pas, à l'autopsie, constaté ses rapports exacts avec la scissure interlobaire, quoique probablement il eût été difficile de les rétablir exactement. Une tumeur de ce volume, refoulant le tissu pulmonaire, occupe à peu près toute la hauteur du lobe moyen. Si cette preuve, de certitude absolue, nous manque, nous avons, en faveur de cette explication, des arguments presque décisifs. Par son siége, par sa forme, par son volume surtout, elle ne rentre dans aucune des catégories connues de concrétions calcaires du poumon. Aucune des causes décrites de ces productions ne peut expliquer la formation de cette tumeur, et l'on ne peut partiellement admettre son origine tuberculeuse, et concevoir la transformation, en une masse solide, d'un tubercule aussi géant que celui qui lui eût donné naissance.

Par contre, son siége dans le lobe moyen, à droite, et spécialement les fausses membranes, traces constatées d'une ancienne pleurésie interlobaire, s'accordent bien avec l'idée que nous nous en faisons.

Enfin, et surtout, confirmant notre hypothèse, s'ajoute l'examen chimique. Les liquides de pleurésies, d'après Méhu, sont extrêmement riches en matière organique, pauvres en sels; notre tumeur, se développant conformément à son origine, présente, comme nous l'a dit notre ami Wurtz, une sorte de gangue organique abondante où se sont déposés des grains calcaires.

En dehors des concrétions calcaires du poumon, dues à la calcification de tubercules, d'infarctus, de noyaux pneumoniques ou de cartilages bronchiques, il existe des concrétions calcaires dues à des pleurésies interlobaires. Le caractère capital, qui différencie ces dernières productions des premières, réside dans leur composition chimique, et surtout dans le rapport de la matière organique et des sels. Les concrétions, que nous appellerons parenchymateuses, pour les distinguer des suivantes, sont riches en sels, très pauvres en matière organique; les concrétions intra-pulmonaires, d'origine pleurale, sont riches en matière organique, mais relativement pauvres en sels.

CHIMIE BIOLOGIQUE

SUR LA NATURE DU LAIT. — Réponse à cette question : LE LAIT CONTIENT-IL DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES DE L'ORGANISATION ET LES GLOBULES LAITEUX SONT-ILS AU NOMBRE DE CES ÉLÉMENTS? (Extrait par M. A. BÉCHAMP). — Note communiquée à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.

L'étude du lait a donné lieu à trois ordres de questions :

1° Les globules du lait sont-ils de simples globules de corps gras nus, semblables ou identiques aux globules d'une graisse émulsionnée, ou bien sont-ils naturellement munis d'une enveloppe qui les empêche de s'agglutiner?

2° Dans l'une ou l'autre hypothèse, la partie liquide du lait contient-elle une matière albuminoïde unique, qui serait la caséine, ou en contient-elle plusieurs qui seraient différentes dans les différents laits?

A ces deux premières questions s'en rattache une autre qui leur est intimement liée, savoir :

3° Le lait se caille-t-il et fermente-t-il spontanément, je veux dire naturellement, ou bien le phénomène est-il accidentel, corrélatif à l'activité de ferments étrangers dont les germes préexisteraient dans l'air commun et s'y introduiraient furtivement pendant la mulsion?

Et on ne peut pas s'empêcher de remarquer que, aujourd'hui même, chacune de ces questions serait susceptible de deux solutions différentes. Laquelle est la vraie?

A l'occasion du livre de M. Lombroso, sur *l'Uomo delinquente*, livre que M. Letourneau a traduit dernièrement en français (*L'Homme criminel*; Paris, Alcan, 1887), M. Topinard a tenu à formuler ses réserves sur les théories quelque peu envahissantes de certains publicistes, qui tendraient à créer une sorte de branche nouvelle dans l'anthropologie.

M. Tarde, dans son livre sur *la Criminalité comparée*, « et avec lui sans doute plus d'un de ses collègues, dans la magistrature, acceptent de confiance le type du criminel né de M. Lombroso; n'étant ni anthropologistes, ni zoologistes, ni médecins, ils ne peuvent que s'incliner devant l'autorité de l'éminent auteur italien. Quelques savants, qui ne font pas de l'anthropologie une spécialité, approuvent. Une école se crée, qui prend le mot d'anthropologie, y accole l'épithète de criminelle et le détourne de son sens acquis, au profit de la médecine légale, de la science administrative et de la jurisprudence. Le public, qui aime les nouveautés, le mouvement et les formules simples, applaudit. Il faut qu'un anthropologiste s'explique. »

Pour M. Topinard, la criminologie relève, d'une part, de la médecine, et de l'autre de la science juridique et administrative; la sociologie a droit d'en réclamer sa part, mais, à aucun titre, elle ne rentre dans l'anthropologie telle que l'ont comprise les Buffon, les Blumenbach, les Quatrefages et les Broca : « Broca, dit M. Topinard, était absolu à cet égard; il voulait que l'anthropologie reste sur son terrain zoologique propre et n'empiète pas sur le terrain d'autrui, sur la médecine, la psychologie, la sociologie ou l'histoire. Il mettait largement ces sciences à contribution; il leur accordait largement le patronage de l'anthropologie, il acceptait toutes les discussions à cet égard au sein de la Société, mais il entendait qu'on ne touche pas à son arche sainte qu'il définissait en trois mots : l'anthropologie zoologique, l'anthropologie générale et l'anthropologie ethnique. »

Chose curieuse! à Lyon, où se publient les *Archives de l'Anthropologie criminelle*, un des rédacteurs de cette Revue, M. Garraud, professeur à la Faculté de droit, vient, dans un discours pour la séance de rentrée des Facultés, de se rallier nettement à l'opinion de M. Topinard. Pour lui aussi, le crime est beaucoup plus d'ordre social que d'ordre physiologique et anthropologique. Car « malgré les enthousiasmes de la première heure, on n'a pas en-

Les auteurs ont trop négligé l'observation suivante, savoir :

Le lait est le produit normal d'une fonction physiologique qui s'établit temporairement, dans une glande, comme la conséquence d'une autre fonction physiologique antérieure, également temporaire, et, de plus, provoquée par l'introduction dans l'organisme femelle d'un élément anatomique qui lui est étranger. Et, il faut bien le remarquer, la glande ne sécrète pas tout à coup le produit de sa nouvelle fonction, laquelle, au contraire, ne s'établit que peu à peu, après une longue préparation, et généralement seulement à la suite de la parturition. Enfin le lait apparaît seulement après le colostrum, dans lequel on peut suivre les changements histologiques et chimiques qui précèdent l'apparition du lait véritable.

Or, en partant de ces considérations et d'études préliminaires sur les matières albuminoïdes du lait, il m'a semblé que, contrairement à une opinion séculaire erronée, on pourrait démontrer que le lait n'est pas une émulsion, c'est-à-dire que les globules laiteux ne sont point des globules gras nus, mais des éléments anatomiques formés dans la glande, pendant sa nouvelle fonction, en même temps que le liquide complexe qui les tient en suspension, comme les hématies et les leucocytes charriés dans le plasma sanguin. Bref, que les globules laiteux sont, comme l'avait admis Dumas, des vésicules constituées sur le type de la cellule, c'est-à-dire munies d'une enveloppe qui les empêche, dans le lait, d'être dissous par l'éther et, dans la crême, de s'agglutiner pour former le beurre.

Dans le Mémoire complet que j'aurai l'honneur de présenter à l'Académie, 1° j'insisterai sur la démonstration déjà donnée que la caséine constitue une espèce chimique nettement définie et que le lait contient en même temps d'autres matières albuminoïdes aussi nettement caractérisées (1); 2° je démontrerai que le lait se caille et fermente spontanément et naturellement, sans le concours de ferments étrangers.

Je me propose de répondre ici surtout à la première question, en démontrant qu'en réalité les globules laiteux sont de véritables vésicules isolables et ensuite maniables, comme le sont les cellules de levure de bière ou les globules du sang ; il y faut seulement, à cause de la plus grande délicatesse de leur enveloppe membraneuse et de la différence de leur contenu, plus de soins et de précautions.

La méthode d'extraction des globules laiteux est fondée sur les faits d'expérience suivants :

1° La partie liquide du lait ne contient pas de caséine libre, dissoute ou en suspension, mais elle la contient dissoute avec les autres matières albuminoïdes en combinaison avec des alcalis ; bref, le lait contient la caséine comme une solution de sulfate de potasse contient l'acide sulfurique ;

2° Les caséinates et albuminate alcalins du lait ne sont pas précipitables de leur solution par l'alcool en concentration moyenne ;

3° La matière de l'enveloppe membraneuse des globules laiteux n'est pas soluble dans une dissolution étendue de sesquicarbonate d'ammoniaque qui, au contraire, dissout aisément la caséine.

Extraction des globules laiteux. — Ils peuvent être isolés de la crême, du lait et même du caillé (2). Le lait frais ou la crême récente sont délayés dans une quantité suffisante d'alcool étendu d'eau et jetés sur des filtres où les globules finissent par être retenus. Par des lavages à l'eau alcalinisée de sesquicarbonate d'ammoniaque et alcoolisée, on les débarrasse complètement de la solution de caséine et des autres albuminoïdes adhérents. Quant au caillé, après l'avoir recueilli et lavé à l'eau, il est délayé dans une quantité suffisante d'une solution très étendue de sesquicarbonate d'ammoniaque, de façon que le mélange devienne franchement alcalin ; les globules recueillis sont ensuite traités comme ci-dessus. Il est utile que ces traitements se passent à une température voisine de zéro.

Des propriétés des globules lactés, de la quantité et de la nature de la matière de leur enveloppe. — La masse des globules lavés à l'eau alcoolisée et égouttée sur le filtre n'a rien de l'apparence du beurre ; une parcelle délayée dans l'eau laisse voir au microscope les globules intacts.

Délayés dans une solution étendue de sesquicarbonate d'am-

(1) Dumas a été rendu témoin de ces faits, les a reconnus exacts et les a confirmés (COMPTES RENDUS, t. LXXVI, p. 1525. — RECUEIL DES SAVANTS ÉTRANGERS, t. XXVIII, n° 3).

(2) Il s'agit du caillé naturel du lait non concentré. Je ferai voir dans mon Mémoire que le caillé naturel du lait cuit diffère de l'autre.

core trouvé les caractères physiques permettant de distinguer le type criminel du non-criminel » (1).

La deuxième brochure, reproduisant une leçon faite à l'École d'anthropologie, est intitulée : *Les dernières Etapes de la Généalogie de l'Homme* (2). Cette étude ne saurait s'analyser. Je me contenterai modestement de consigner ici l'impression qui m'est restée de cette lecture, d'ailleurs très attachante. C'est que les anthropologistes transcendants se pressent un peu trop de baser des théories sur des connaissances encore incomplètes. Ils oublient trop facilement que les classifications, quelque naturelles qu'on les prétende, sont toujours plus ou moins artificielles. Elles doivent servir à mettre de l'ordre dans nos connaissances ; elles peuvent aider à faciliter l'enseignement. Mais les espèces ne se rattachent pas forcément et directement l'une à l'autre comme les anneaux d'une même chaîne. Les points de contact sont plus nombreux, les bifurcations fréquentes, et, suivant la perspective spéciale qu'il plaira chaque savant de choisir, les rapports des genres, la filiation des animaux variera. Sans doute, je viens d'énoncer là des vérités tellement nettes qu'elles pourraient s'appeler des naïvetés, sinon des *snobismes*, pour parler comme le romancier anglais, Thackeray. Et cependant on ne saurait trop se les remémorer, en voyant les divergences des anthropologistes les plus compétents, lorsqu'il s'agit de classer ou d'établir la généalogie des Primates.

M. Topinard fait preuve de prudence, de sage circonspection, dans son étude critique. Il possède d'ailleurs l'autorité scientifique capable d'enseigner la réserve aux chercheurs téméraires ou trop pressés.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

(1) V. GAZETTE MÉDICALE, p. 539.
(2) In-8 de 40 pages. — Paris, G. Masson, éditeur, 1888.

ERRATUM. — Dans le dernier Feuilleton, p. 533, colonne 1, ligne 5, au lieu de : « Car bien avant qu'on *lui* enseignât la médecine à Salerne, Plutarque...., etc. ». Lire : « Car, bien avant qu'on enseignât... »

moniaque on dans l'alcool à 30°, ils se conservent presque indéfiniment inaltérés.

Leur masse, complètement essorée, peut retenir jusqu'à 30 p. 100 d'eau ; desséchée à 20-25°, elle ne se constitue pas en beurre.

Leur masse desséchée n'entre pas toute entière en fusion. La partie infusible retient du beurre, comme le ferait une éponge; débarrassée par l'éther du beurre adhérent, la portion non fondue des globules représente au minimum 43 p. 100 du poids des globules secs, et sa substance n'est pas de la caséine; elle est probablement de nature épidermoïde.

Les globules incinérés laissent des cendres.

Les globules essorés se détruisent dans l'éther : le beurre se dissout et les membranes se séparent; elles sont visibles au microscope, on y peut même reconnaître la forme des globules.

Les globules essorés délayés dans 1 à 2 fois leur volume d'eau ne se réduisent en beurre que par un vigoureux barattage; dans le lait de beurre qui se sépare, on distingue des granulations moléculaires et on y découvre une matière albuminoïde soluble.

En résumé : 1° Le lait n'est point une émulsion; les globules laiteux ne sont point des globules graisseux, mais de véritables vésicules adipeuses libres ; 2° le lait de vache (1) contient, outre la caséine, d'autres matières albuminoïdes, non pas libres, mais dissoutes en combinaison avec des alcalis.

Quant à la troisième question, je l'ai depuis longtemps résolue, en démontrant que le lait se caille spontanément, sans le concours de vibrioniens proprement dits (2), fait sur lequel j'insisterai dans mon Mémoire détaillé.

J'ai recherché ensuite la signification de ces faits par rapport à l'origine des globules lactés, à la nature différente des divers laits et à la coagulation spontanée du lait que les anciens admettaient sans conteste. De cette partie de ma communication, je retiens les deux points suivants :

Le premier, c'est que toutes les espèces de lait sont caractérisées par la constance des globules et des microzymas lactés; que le lait de femme contient des matières albuminoïdes spéciales et, parmi celles-ci, surtout une zymase (ferment soluble), d'une activité singulière, bien différente de celles du lait de vache et autres, que l'on désigne comme laits à caséine ; si bien que j'affirme que la femme est ce qu'elle est, même quant à son lait. C'est, du reste, ce qui résultait déjà du fait connu que le lait de femme ne se caille pas avec le temps, quand on l'abandonne à lui-même, ce que font, au contraire, les laits à caséine.

Le second est relatif au caillé des laits à caséine. J'ai étudié les conditions de cette coagulation. Est-elle vraiment spontanée, indépendante du contact de l'air et d'une absorption d'oxygène ? De quel ordre est ce phénomène ? De l'ordre de ce que l'on appelle les fermentations. Quel est le ferment et quelle est son origine ? Le ferment n'est autre que ces granulations moléculaires, ces microzymas nouveaux du lait dont l'existence n'était pas soupçonnée et que j'ai mis en évidence. En effet, il y a longtemps déjà — c'était en 1865 — j'ai fait voir que le lait *non cuit* se trouvait être devenu très acide avant de se cailler et que le caillé était toujours formé avant qu'on y pût apercevoir aucun vibrionien proprement dit, mais uniquement les microzymas propres du lait. C'est seulement après la coagulation accomplie que ces microzymas évoluent pour devenir microzymas en 8, en chapelets, et enfin bactéries. Des mêmes recherches, j'ai conclu que le lait de vache contient deux sortes de microzymas : la preuve en est que le caillé du lait cuit est autre que celui du lait non cuit ; les microzymas qui produisent le caillé du lait cuit ne sont pas tués à la température de l'ébullition.

De ces recherches, il résulte donc que le lait contient des éléments anatomiques vivants, issus de la glande mammaire même : par là, ces études ont une portée médicale de premier ordre.

(1) Le lait de femme n'est pas, à proprement parler, un lait caséux; il contient une zymase qui lui est propre (COMPTES RENDUS, t. XCVI, p. 1508.

(2) ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, 4e série, t. VI, p. 248, 1865. — COMPTES RENDUS, t. LXXVI, p. 654, 1873.

REVUE D'HYGIÈNE

Suite et fin. — Voir les numéros 45 et 46.

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE : VI. L'ASSOCIATION DES INDUSTRIELS POUR PRÉSERVER LES OUVRIERS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

VI. Nous ne quittons pas, tant s'en faut, l'hygiène professionnelle en signalant à nos lecteurs l'article que M. le docteur Henri Napias vient de consacrer (1) à l'Association des industriels pour préserver les ouvriers des accidents du travail.

S'inspirant des idées « de la Société mulhousienne fondée par le regretté Engel-Dollfus, et de la Société rouennaise » que dirige M. Poan de Sapincourt, l'Association s'est donnée pour but : 1° De prévenir les accidents qui peuvent frapper les ouvriers dans les travaux mécaniques, dans les industries chimiques ou physiques, dans les divers chantiers de travaux publics ou agricoles ; 2° de rechercher les moyens les plus efficaces de préservation en rassemblant les expériences isolées et en les mettant à profit dans l'intérêt de tous, par des inspections fréquentes, faites dans les usines et ateliers des membres de l'Association ; par la communication réciproque des moyens les plus propres à garantir l'ouvrier, et par l'indication des meilleures dispositions réglementaires à adopter ; enfin, par des publications qui pourront comprendre des articles relatifs à la jurisprudence spéciale sur la matière.

Les inspecteurs choisis par cette Association doivent faire une étude incessante des moyens de protection.

Le premier fascicule du BULLETIN DE L'ASSOCIATION fournit déjà des notes des plus intéressantes au point de vue prophylactique sur les sujets suivants : Machines à vapeur, scies circulaires, essorenses, filatures de laine, imprimeries, accidents dus aux meules.

M. Napias fait observer ensuite que cette Association a parfaitement compris que les précautions à prendre pour la protection des enfants dans les manufactures sont une conséquence des précautions plus générales qui, visant la salubrité de l'atelier et la sécurité du travail, protègent l'ouvrier, sans tenir compte de son âge. L'âge, comme le sexe, déterminent des conditions de faiblesse ou d'infériorité qui rendent plus

(1) REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE, octobre 1888, p. 841.

nécessaires les mesures de salubrité ou de sécurité ; mais ces mesures doivent s'appliquer à tous pour être efficaces, et M. Napias ajoute : « Nous ne comprenons vraiment pas qu'on s'obstine à vouloir refaire une loi sur le travail des enfants et qu'on ne s'aperçoive pas qu'il suffirait d'un ou deux articles dans une loi plus générale sur la salubrité et la sécurité du travail, véritable loi sociale qui aurait dû précéder celle sur la responsabilité de patrons, comme nous l'avons soutenu d'ailleurs devant la Commission extra-parlementaire qui a été chargée de préparer celle-ci et dont nous avions l'honneur de faire partie, continuant ainsi l'idée que nous exprimions avec A.-J. Martin en 1882, en disant qu'il serait plus logique qu'une loi s'appliquât à éviter les accidents au lieu de chercher, après coup, une sorte d'équivalence pécuniaire. Sans doute, les hommes distingués qui ont fondé l'Association des industriels ne seront point ici de notre avis; ils voudraient que les mesures à prendre vinssent uniquement de l'initiative privée. Ils donnent d'ailleurs d'excellents exemples; mais par combien d'industriels sont-ils suivis ? »

Aussi M. Napias conclut-il que la loi serait inutile le jour où tous les industriels suivraient les instructions des inspecteurs de l'Association que préside M. Muller ; mais, quelle que soit la juste espérance qu'on puisse fonder sur l'avenir de cette œuvre, il ne semble pas que le jour soit proche où elle rend la loi tout à fait inutile. En attendant, elle pourra fournir à la législation future de précieux documents ; elle mérite donc d'être sincèrement encouragée par tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène industrielle.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Antiseptiques

I. Contribution a l'antisepsie, par le docteur Rotter (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 40, p. 729). — II. Un cas d'empoisonnement par la créoline, par le docteur Rosin (*Therapeutische Monatshefte*, octobre 1888, p. 480).

I. Une courte analyse du travail de M. Rotter a déjà paru dans un des derniers numéros du Journal des Sociétés scientifiques (n° 44, p. 414). Il a été dit que les recherches de l'auteur ont eu pour objet de découvrir une solution antiseptique, remplissant les conditions suivantes :

De n'exiger, pour sa préparation, que des antiseptiques d'un prix peu élevé et tels qu'on trouve toujours facilement à se les procurer;

D'être d'une limpidité parfaite, incolore et sans odeur désagréable.

De pouvoir être préparée avec de l'eau commune, de l'eau de fontaine.

Enfin, dernière condition, les agents antiseptiques employés devaient être représentés par des substances sèches, facilement transportables, à l'état de poudres ou de pastilles.

Après de nombreux tâtonnements, M. Rotter croit avoir atteint le but ainsi défini. Voici la composition du mélange qu'il préconise comme répondant à ces *desiderata* :

Eau		1 litre.
Sublimé		0,05
Chlorure de sodium		0,25
Acide phénique		2 grammes.
Chlorure de zinc	āā	5 —
Sulfophénate de zinc	āā	5 —
Acide borique		3 —
Acide salicylique		0 gr. 6
Thymol		0 gr. 1
Acide citrique		0 gr. 1

M. Rotter fait remarquer que chacun de ces antiseptiques figure dans le mélange pour une proportion au moins dix fois moindre que celle qui lui est assignée dans les solutions communément employées pour les besoins de la pratique courante ; tout au plus l'acide salicylique fait-il légèrement exception à cet égard. L'addition d'une certaine quantité d'acide citrique a pour but d'empêcher le chlorure de zinc de troubler la limpidité de la solution. Enfin, la présence du thymol se révèle par une odeur qui n'est nullement désagréable, mais qui empêche de confondre la solution avec de l'eau pure et met ainsi en garde contre toute méprise fâcheuse.

De nombreuses expériences consistant à éprouver l'action parasiticide de cette solution sur du sang ensemencé avec le *bacillus pyogenes fœtidus* et le *bacillus pyocyaneus* ont démontré que le mélange en question égale en pouvoir antiseptique les solutions de sublimé au 1/1000°. Bien plus, M. Rotter croit avoir acquis la preuve que la solution ne perd rien de son efficacité antiseptique, quand on en élimine le sublimé et l'acide phénique.

Suivent une vingtaine d'observations cliniques très abrégées, données comme preuves de la valeur pratique de la solution dont nous avons indiqué la formule.

II. Il a été rendu compte dans ce journal (1887, n° 48, p. 569) des premiers travaux parus sur la créoline, substance qui a été présentée comme un antiseptique de grande valeur, égale en efficacité à l'acide phénique, et ayant eu ce dernier le double avantage de ne point irriter les tissus et d'être d'une toxicité à peu près négligeable dans la pratique.

A cette époque déjà, M. Liebreich avait soulevé la question de savoir ce qu'était au juste la créoline. Cette question n'a pas encore reçu de réponse satisfaisante. Une chose est certaine, c'est que la créoline qu'on trouve dans le commerce de la droguerie est loin de présenter une composition invariable. Il était donc à craindre que ce que l'on disait des effets obtenus avec tel ou tel échantillon de la drogue ne se réaliserait pas toujours.

En effet, l'observation de M. Rosin est de nature à faire croire qu'il y a lieu d'en rabattre sur ce qu'on a dit du défaut de toxicité de la créoline. Le fait concerne une femme de 27 ans, primipare, et en plein travail lorsqu'elle fut admise à l'hôpital de Breslau, le 5 août dernier. On se trouvait en présence d'une présentation du tronc ; l'enfant ne donnait plus signe de vie. On fit des tentatives d'exentération qui furent très laborieuses. Au bout de douze heures seulement, on parvenait à extraire les derniers débris de l'enfant, ainsi que la délivre. Ces parties ne présentaient pas la moindre trace de putréfaction. On fit ensuite, dans le vagin et dans l'utérus, des lavages avec une solution de créoline à 2 %; la quantité de liquide injectée dans l'utérus fut d'environ quatre litres.

Deux heures après, la température interne de la patiente était de 38°,5. Elle s'éleva à 39° dans la soirée, et le lendemain matin elle était redescendue à 36°,5. Dans l'après-midi, elle était remontée à 39°. On injecta de nouveau 1 litre de la

solution de créoline dans l'utérus. L'état subjectif de la malade était excellent; il subsistait un peu d'œdème des grandes lèvres, sans le moindre indice d'une infection puerpérale.

Le surlendemain, la température corporelle de la malade étant de 38°, et l'écoulement lochial ayant un peu mauvaise odeur, on fit une troisième injection de créoline dans l'utérus, puis une quatrième à six heures et demie du soir. Vers les neuf heures, la malade devint subitement pâle et glacée; elle se mit à vomir; sa peau se couvrit d'une sueur froide. La température interne marquait 37°,2. Les vomissements ne s'arrêtèrent pas jusqu'à la mort de la femme qui succomba vers onze heures, dans le collapsus. Les matières vomies répandaient une forte odeur de créoline; traitées par l'eau de brome, elles ont donné un abondant dépôt de phénol tribromuré.

A l'autopsie, on ne découvrit aucune lésion anatomique propre à rendre compte de cette mort presque foudroyante. L'utérus et les organes génitaux dégageaient une odeur très nette de créoline, ainsi que l'urine recueillie en petite quantité par le cathétérisme..

Dans ces conditions, M. Rosin n'est-il pas autorisé à conclure qu'il s'agit là, selon toute vraisemblance, d'un exemple d'intoxication par la créoline? Le cas présente une grande analogie de symptômes avec ceux d'intoxication par l'acide phénique. Or, il est acquis que la créoline renferme presque toujours de l'acide phénique, en proportions variables. C'est en somme une substance qui peut être assimilée à un remède secret.

Avis à ceux qui, sur la foi des nombreuses réclames publiées à l'étranger en faveur de la créoline, seraient tentés de mettre à l'essai le nouvel antiseptique.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux sur la fièvre typhoïde

Gervais. — Hépatites consécutives a la fièvre typhoïde.

On peut feuilleter la plupart des traités de pathologie usités en France, sans trouver dans aucun d'eux la mention de l'hépatite suppurée parmi les complications éventuelles de la fièvre typhoïde. Et pourtant rien n'est plus commun en Europe que cette dernière maladie, qui représente véritablement la grande pyrexie infectieuse des pays tempérés. On doit donc conclure du silence gardé sur ce point par les auteurs que les abcès du foie, dans notre climat du moins, ne sont pas une des conséquences vraisemblables de la dothienenthérie, comme il résulte, du reste, des innombrables relations d'autopsies parues dans la littérature médicale.

Voilà le fait, et, pour nous, ce fait doit prévaloir sur la théorie qui indique cette complication comme possible, comme probable même, de par l'existence des lésions intestinales qui, par leur situation à l'origine des radicules de la veine porte, réalisent par là même des conditions extrêmement favorables en apparence à la migration d'éléments infectieux à travers le foie et à la production d'abcès dans l'intérieur de son parenchyme. Aussi n'admettrons-nous qu'avec réserve et sous bénéfice d'inventaire les conclusions de M. Gervais qui, lui, n'hésite pas à mettre sur le compte de la fièvre typhoïde certains cas d'hépatite suppurée observés dans sa pratique médicale des pays coloniaux (Nouvelle-Calédonie).

Dans ces pays, la dyssenterie règne à l'état endémique, permanent, circonstance qui autorise à elle seule une interprétation toute différente des abcès constatés chez les typhiques et dont l'origine peut dès lors être reportée avec toute vraisemblance à l'état pathologique créé par une lésion intestinale antérieure à celle de la fièvre typhoïde et pourvue d'un caractère infectieux pour ainsi dire spécifique.

Cette dernière hypothèse nous paraît préférable et, en tous cas, s'accorde bien mieux avec cette remarque contradictoire de la fréquence relative de l'hépatite dans la fièvre typhoïde des pays chauds, d'une part, et, d'autre part, de sa rareté extrême, pour ne pas dire de son absence constante, dans la dothiénentérie des pays européens.

Bonifas. — Suites rénales de la fièvre typhoïde.

On sait que la plupart des maladies infectieuses retentissent sur le rein et que cette altération se traduit cliniquement par l'apparition du phénomène de l'*albuminurie*. La fièvre typhoïde, maladie infectieuse par excellence, ne devait pas échapper à cette loi de pathologie générale qui a déjà fourni matière à de nombreuses recherches. Le fait est que l'apparition de l'albumine est presque constante dans le cours de cette grande pyrexie. Mais l'interprétation du phénomène est délicate, d'autant que l'albuminurie du début ne paraît pas comporter la même valeur séméiologique ni la même signification pronostique que celle que l'on constate à une période plus tardive. Cette dernière semble traduire une altération rénale plus marquée que dans le premier cas : elle est assez profonde, parfois, pour constituer une lésion persistante. C'est à ce dernier ordre de faits que l'auteur a consacré son travail inaugural, trop court malheureusement et insuffisamment pourvu de recherches et d'observations personnelles.

La conclusion la plus importante, au point de vue pratique, est que l'apparition d'une néphrite comme conséquence de la fièvre typhoïde devra dorénavant préoccuper l'esprit du médecin, au même titre que d'autres complications viscérales mieux connues ou mieux étudiées jusqu'à ce jour. Cette néphrite, plus fréquente peut-être à la suite de la dothiénentérie à forme rénale, comporte donc par elle-même des réserves au point de vue pronostique et entraîne également des indications thérapeutiques spéciales, qui s'ajoutent à toutes celles dont la convalescence est le point de départ habituel.

Dr P. M.

VARIÉTÉS

La dernière maladie de Frédéric le Noble, par le docteur Morell Mackenzie.

Suite et fin. — Voir les numéros 44, 45 et 46.

M. von Bergmann a parlé, dans son mémoire, de la reconnaissance que l'empereur Frédéric lui témoigna immédiatement après l'opération, sous forme d'une poignée de main. M. Mackenzie, de son côté, prétend que le malade se plaignit après coup, de la rudesse du chirurgien berlinois, et il ajoute: « L'Empereur revint souvent sur cette rudesse du professeur,

et il existe un témoignage irréfutable de l'opinion de Sa Majesté à ce sujet, écrit de sa propre main trois jours avant sa mort. On ne m'a pas permis de reproduire cet autographe, mais je serais heureux de le montrer à toute personne pouvant justifier de son droit à voir ce document. »

En somme, suivant M. Mackenzie, l'intervention de M. von Bergmann, le 12 avril, a eu pour résultat de creuser une fausse-route dans le voisinage de la plaie trachéale, et le spécialiste anglais n'hésite pas à comparer la conduite de son confrère à celle d'un homme « qui essayerait de passer de force à travers le mur d'une maison quand la porte est grand'ouverte devant lui ». Les « prouesses » de M. von Bergmann ont eu pour conséquence ultérieure, toujours d'après M. Mackenzie, une inflammation suppurée aiguë, dans le voisinage de la fausse-route. La fièvre s'alluma; il se fit par la canule et la plaie trachéale une abondante excrétion de pus. « En pressant sur le devant du cou et en remontant avec la main, on pouvait voir la matière sortir plus abondamment. C'était une preuve qu'un abcès s'était déjà formé sur le devant de la trachée, au point où Bergmann avait forcé avec la canule » (*sic*), et le reste à l'avenant.

En présence de cette aggravation, M. von Bergmann mit de nouveau en avant l'hypothèse d'une invasion des poumons par des foyers cancéreux. Le professeur Senator, puis le professeur Leyden, furent appelés en consultation et repoussèrent cette hypothèse, après examen du malade. Notons en passant quelle bienveillance M. Mackenzie, si dur pour les chirurgiens et les laryngistes, témoigne aux médecins. En parlant de M. Leyden, il dit : « Sa grande expérience clinique et ses études profondes sur l'alimentation nous rendirent les plus grands services, et je n'hésite pas à dire que la prudence et l'attention extraordinaires avec lesquelles ce savant médecin règla la nourriture de l'Empereur ont considérablement prolongé sa vie. » Les appréciations sur M. Senator sont tout aussi élogieuses.

A travers toutes sortes de digressions, pour la plupart peu médicales, le livre de M. Mackenzie nous conduit aux derniers moments de la vie de l'empereur Frédéric ; devant l'approche du dénouement, les disputes médicales s'étaient apaisées. Nos lecteurs connaissent déjà la suite. L'empereur était à peine mort, que M. Mackenzie fut mandé auprès du prince de Bismark, qui le pria de préparer un court rapport sur la maladie de Frédéric III. Pour le médecin anglais, il s'agissait là d'un piège : « On espérait, dit-il, que, comme j'avais la conviction la plus absolue qu'il n'y aurait pas d'autopsie, je me laisserais entraîner à faire quelque déclaration équivoque sur la nature de la maladie. Une fois avancé dans cette voie, l'autopsie serait faite et l'existence d'un cancer clairement prouvée, à mon éternelle confusion ». C'est ce que M. Mackenzie appelle un joli complot, mais qui ne réussit pas. En effet, nos lecteurs ont eu sous les yeux la traduction textuelle du rapport de M. Mackenzie, dans lequel l'existence d'un cancer, chez l'empereur Fréderic III, était affirmée catégoriquement. Il n'y eut donc aucune contradiction entre le diagnostic formulé *post mortem* par M. Mackenzie, et les résultats de l'autopsie. Le médecin anglais faisait valoir, dans son rapport, qu'il avait été impossible d'établir si la maladie fut cancéreuse dès le début. Les résultats des examens répétés faits par le professeur Virchow justifiaient ces réserves.

Avant de clore la première partie de son ouvrage, M. Mackenzie a tenu à se disculper de deux accusations qu'on a dirigées contre lui, et qui consistaient à dire qu'il avait délibérément trompé l'empereur Frédéric sur son état, et qu'il lui avait suggéré de fausses espérances, en lui laissant entrevoir la possibilité d'une guérison. Voici sa réponse à ces deux reproches :

« En ce qui concerne le premier point, je reconnais franchement que je n'ai jamais dit brutalement à l'Empereur : « Sire, vous avez un cancer et vous êtes un homme perdu. » Je ne l'ai pas fait dans les premiers temps de sa maladie, parce que la nature de l'affection me paraissait douteuse, et parce que c'est une règle capitale de la profession médicale de ne jamais faire au malade de semblables communications, même lorsqu'elles paraissent bien fondées. Plus tard, lorsque le cas eut pris un aspect plus sérieux, mes lecteurs se rappelleront que j'avais été parfaitement franc avec l'illustre malade, qui m'avait du reste remercié de ma franchise. »

Relativement au second point, M. Mackenzie ajoute, en parlant du prince : « Quoique j'aie été très longtemps en contact intime avec lui, ma connaissance de l'état réel de son esprit au sujet de sa maladie est pour ainsi dire nulle. Il se peut qu'il ait espéré contre tout espoir, mais il ne m'exprimait jamais ni ses espérances, ni ses craintes. »

Dans une seconde partie de son livre, intitulée « Controverse », M. Mackenzie a entrepris de démontrer que l'opération connue en France sous le nom de laryngotomie, est, contrairement aux assertions de M. von Bergmann, une intervention dangereuse, qui cause souvent la mort, qui n'offre pas des chances suffisantes d'aboutir à la destruction d'une tumeur maligne, qui est au contraire très souvent suivie de récidive. Puis, reprenant les arguments développés dans la première partie de l'ouvrage suivant l'ordre chronologique, M. Mackenzie entreprend de réfuter un à un les différents rapports dont se compose le mémoire collectif des médecins allemands.

Enfin, dans une troisième partie intitulée « Statistique », M. Mackenzie reproduit sous forme de tableaux les résultats qu'ont donnés dans les cas de cancer du larynx : 1° La thyrotomie ou laryngotomie ; 2° l'ablation partielle du larynx ; 3° l'ablation totale.

Les résultats relatifs à la thyrotomie sont présentés ainsi : 6 fois sur 22, la mort a été le résultat immédiat de l'opération ; la réapparition de la tumeur a eu lieu dans 12 cas sur 22, et la guérison 2 fois seulement. Ce qui fait dire à M. Mackenzie que « les statistiques sont parfois illusoires, mais pas dans le cas présent ».

Nos lecteurs connaissent maintenant les principales pièces de ce retentissant débat ; nous laissons à chacun le soin d'en tirer les conclusions qu'il lui plaira. Entre tant d'affirmations contradictoires, il y a difficilement place pour un jugement équitable sur les accusations réciproques dont se sont chargées les parties en présence. Ces accusations tendraient en somme à faire croire que tels avis, s'ils avaient prévalu, eussent assuré la guérison d'une maladie dont la curabilité est très discutée, et que telle intervention, reprochée à un adversaire, a causé la mort d'un homme frappé déjà d'un mal si peu curable. Elles ont révélé aussi des manquements aux devoirs confraternels, nombreux, souvent graves, mais qui ont été réciproques, ce qui ne les justifie pas d'ailleurs.

BULLETIN

Pathogénie du tétanos. — Mesures de police sanitaire contre la rage. — Répartition de la fièvre typhoïde en France. — Dangers de l'hypnotisme.

La pathogénie du tétanos, qui va venir en discussion devant l'Académie de médecine, soulève plusieurs points de pathologie générale et comparée. La communication faite par M. Alphonse Guérin dans la dernière séance remet en question, non seulement l'origine équine de la maladie, professée par M. Verneuil, mais encore les agents de sa transmission, microbes ou leucomaïnes, et jusqu'aux notions que doivent éveiller dans l'esprit les mots de contagion, infection, épidémies, etc. Le débat ne saurait manquer d'ampleur ni d'intérêt, et nous le suivrons avec soin.

— Nous rappelions, dans notre dernier Bulletin, la nécessité, malgré les résultats des inoculations antirabiques, de ne pas se départir des mesures de police sanitaire dont on est armé contre la propagation de la rage. C'est pour avoir trop oublié ou trop négligé ces mesures, que les cas de rage sont devenus plus nombreux dans ces dernières années et que, si la mortalité relative a diminuée, la mortalité absolue est restée à peu près la même. Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département du Rhône a eu récemment l'occasion de constater une fois de plus ce fait et de le signaler à l'administration préfectorale.

Au mois d'août dernier, la municipalité lyonnaise a eu la malencontreuse idée de fermer la fourrière destinée aux chiens errants, et dont l'ouverture est prescrite par le décret du 22 juin 1882. Le 22 octobre suivant, le Conseil d'hygiène et de salubrité a appelé une première fois l'attention du Préfet du Rhône sur les dangers de cette mesure, dont les conséquences n'ont pas tardé à se manifester : en moins de quinze jours, en effet, plusieurs morsures par des chiens enragés ont été constatées d'une manière authentique. Malgré cet avis, d'ailleurs pris en considération et appuyé par le Préfet, la municipalité lyonnaise s'est peu pressée de rouvrir la fourrière, et le Conseil d'hygiène et de salubrité a dû revenir à la charge, en y ajoutant l'indication d'autres mesures dont l'exécution rigoureuse a amené ailleurs l'extinction de la rage. Il faut espérer qu'à Lyon, ainsi que dans les autres villes de France, les municipalités, plus soucieuses de leur responsabilité, se préoccuperont un peu plus de la mise en vigueur des règlements de police sanitaire.

— Tout s'enchaîne et se tient dans les questions d'hygiène publique ; on en trouve une preuve frappante dans les résultats de l'enquête *sur la répartition de la fièvre typhoïde en France*, communiquée par M. Brouardel au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Les documents de cette enquête ont été fournis par la statistique sanitaire du Ministère du commerce et surtout par la statistique médicale de l'armée. Nous y relevons les chiffres suivants :

« En 13 ans (1872-1884), l'armée a compté comme effectif total 5,375,609 hommes.

« Elle a eu 151,319 typhiques.

« Elle a perdu par fièvre typhoïde, 17,652 hommes.

« Elle a perdu en tout, par maladies ou accidents, 55,189 hommes.

« La fièvre typhoïde compte donc pour un tiers dans la mortalité totale de l'armée en temps normal. »

Si l'on cherche maintenant la répartition de cette mortalité sur les différents points du territoire, on la trouve très inégale. Une trentaine de grandes villes sont le siège permanent de la maladie ; mais il en est dans lesquelles elle sévit épidémiquement plus que partout ailleurs ; ainsi, en 13 ans, on compte 9 épidémies de fièvre typhoïde à Carcassonne, 7 à Toulon et au Mans, 5 à Troyes, 3 à Brest, etc. Il est donc des villes particulièrement malsaines. Fréquemment, les municipalités de ces villes accusent la garnison de l'importation de la maladie. C'est une erreur. Les statistiques civiles s'accordent avec les statistiques militaires pour désigner les mêmes villes comme étant les plus malsaines. Seulement, en cas d'épidémie, les troupes paient un plus large tribut que la population civile, parce qu'elles comprennent des hommes dont l'âge et le non acclimatement quintuplent ou sextuplent l'aptitude à contracter la maladie.

La cause première de ces épidémies réside donc dans l'insalubrité des villes : c'est un fait sur lequel il ne saurait plus y avoir d'équivoque, et dont les municipalités doivent bien se pénétrer.

Et il ne s'agit pas seulement, pour ces municipalités, d'intérêts locaux ; leur responsabilité s'étend plus loin. On a vu des réservistes faire leurs treize jours d'exercice dans un milieu épidémique, rentrer chez eux en état d'incubation, présenter peu de temps après tous les symptômes de la maladie et devenir à leur tour, dans des villes ou des villages plus ou moins éloignés, le point de départ de nouveaux foyers. On peut suivre ainsi la voie d'importation du foyer primitif jusqu'aux foyers secondaires.

L'assainissement des villes dont il est ici question présente donc un intérêt général et ne saurait être abandonné à l'initiative, ou plutôt à l'esprit de routine et à la force d'inertie des municipalités locales ; aussi ne peut-on qu'applaudir aux conclusions suivantes du rapport de M. Brouardel, adoptées par le Comité consultatif d'hygiène publique :

« 1° Les conditions de la propagation de la fièvre typhoïde, les moyens de s'y opposer, sont maintenant assez bien connus pour que l'on puisse enrayer d'une façon efficace le développement d'une maladie qui, tous les ans, fait 1300 victimes dans l'armée de terre, environ 20,000 dans la population civile, et menace de compromettre la défense nationale ;

« 2° L'assainissement de la France, au point de vue notamment de la fièvre typhoïde, a un intérêt national. C'est une œuvre d'État. »

Ajoutons que ce n'est pas seulement en France que ces grandes questions d'hygiène publique préoccupent l'opinion et les pouvoirs : En Italie, le Gouvernement vient de nommer une Commission pour étudier l'assainissement de la capitale, et le directeur des services sanitaires du royaume, à la suite d'un voyage d'étude fait à l'étranger, travaille à la création d'un corps de médecins hygiénistes, comme il en existe dans certains autres pays.

— Il y a quelque temps, l'Académie royale de médecine de Belgique, proclamant les dangers des séances publiques d'hypnotisme, émettait le vœu que ces séances fussent prohibées. MM. Séglas, Briand et Auguste Voisin, viennent de communiquer à la Société médico-psychologique divers faits qui appuient les conclusions et le vœu de la Compagnie savante

helge. L'hypnotisme, comme moyen d'étude ou de traitement, est parfois utile; mais il ne saurait être abandonné à l'exploitation d'empiriques, et les applications qu'on en peut faire doivent, dans l'intérêt public, appartenir exclusivement aux médecins.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

FONDATION D'UNE SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE A REIMS. — Une Société d'hygiène publique vient d'être créée à Reims, sur l'initiative de M. le docteur Henrot, maire de Reims, qui en a été nommé président.

Les autres membres du bureau sont : MM. Alphonse Gosset et docteur Luton, vice-présidents; docteur Hoel, secrétaire général; Michaut et Girard, secrétaire; Félix Langlet, archiviste.

Reims est, après Paris, Bordeaux, Le Havre et Rouen, la cinquième ville de France qui possède une Société d'hygiène publique.

LEGS PEDRO FRANCISCO DE ALVARENGA. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, aux clauses, charges et conditions imposées, le legs de sept contos de reis d'inscriptions nominatives de la Junte du crédit public portugais que lui a fait le sieur Pedro Francisco de Alvarenga, de Lisbonne.

Le produit de ce legs sera placé en rente 3 0/0 sur l'Etat français avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages à la fondation d'un prix annuel, dit *Prix Alvarenga de Piauhy* (Brésil), qui sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ou de la meilleure œuvre inédite sur n'importe quelle branche de la médecine.

L'ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE AU SÉNAT. — Le Sénat a adopté, en première lecture, le projet de loi relatif à la création d'une Ecole de santé militaire, dont le siége sera ultérieurement fixé par décret.

Ce vote favorable a été émis à l'unanimité moins onze voix.

PROJET DE CRÉATION D'ASILES DE VIEILLARDS. — Le Conseil municipal est en instance auprès du ministère de la guerre pour que, vu l'insuffisance des hospices de la ville de Paris et la nécessité de donner asile à des vieillards qui pourraient être difficilement secourus à domicile, les casernes d'octroi inoccupées soient transformées en hospices-asiles de vieillards.

— Le Sénat de Washington propose un prix de 500,000 fr. à celui qui trouvera un remède capable de réduire la mortalité par la fièvre jaune à moins de deux pour cent.

— En Italie, tandis que toutes les Universités du royaume ont fait leur réouverture annuelle avec solennité, l'Université de Rome a seule fait exception; il n'y a pas eu de rentrée solennelle. Le MORGAGNI en ignore la raison; mais il trouve que, pour un discours académique de moins, on fait bien du tapage.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE JURISPRUDENCE MÉDICALE EN AMÉRIQUE. — La Société de médecine légale de New-York organise pour 1889 un Congrès international de jurisprudence médicale. La date exacte du Congrès, dont la durée sera de quatre jours, n'est pas encore fixée. Les personnes qui auraient l'intention de faire des communications au Congrès doivent informer de leurs noms et du titre de leurs travaux le secrétaire ou le président de la Société, à New-York, 57, Broadway.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LARYNGOLOGIE ET OTOLOGIE. — MM. les docteurs Boucheron, Calmettes, Duplay, Garel, Gellé, Gongenheim, Joal, Lannois, Ladreit de la Charrière, Lœwenberg, Ménière, Miot, Moure, Noquet, Ruault, Terrier et Tillaux, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international d'otologie et de laryngologie, à l'Exposition universelle de 1889.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Frémy, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

— Le jeune professeur de pathologie générale à l'Université de Gènes vient de mourir d'une fièvre typhoïde, à l'âge de 35 ans. Salvioli avait fait ses études dans son pays natal, à Modène. Il alla se perfectionner à l'étranger et publia ses premiers travaux en qualité d'assistant du professeur Bizzozero, puis du professeur Foa. Depuis plusieurs années déjà, il professait à Gênes.

— Le célèbre professeur de clinique médicale de l'Université de Vienne, Henri Bamberger, vient de succomber à une affection pulmonaire. Il était âgé de 66 ans. Après avoir été l'assistant à Prague du professeur Oppolzer, il le suivit à la clinique de Vienne en 1850. Nommé professeur de thérapeutique à l'Université de Wurtzbourg, ce fut là qu'il publia ses travaux sur le système chylopoiétique et son Traité des affections du cœur. En 1872, il revint à Vienne prendre la succession d'Oppolzer. Un de ses fils est assistant du professeur Nothnagel.

***

— Le concours d'agrégation de médecine s'ouvrira le 15 novembre prochain. Sont nommés :

1o Juges titulaires : MM. Brouardel, Jaccoud, Cornil, Grancher, Dieulafoy, Coyne (de Bordeaux), Arnould (de Lille), Teissier (de Lyon) et Kiener (de Montpellier);

2o Juges suppléants : MM. Proust, Hayem, Laboulbène et Ball.

— Le dispensaire de salubrité de la préfecture de police sera transféré, à partir du 1er janvier 1889, à la prison de Saint-Lazare.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Roux est maintenu, pendant l'année scolaire 1888-89, dans les fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie.

— M. Manseau est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Bonnans, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Amiel est nommé, pour l'année scolaire 1888-89, préparateur d'anatomie.

— Sont nommés pour deux ans, à partir du 16 novembre 1888 :

Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques: M. Désir de Fortunet, en remplacement de M. Eraud, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs de clinique médicale : MM. Mousset et Roque, en remplacement de MM. Leclerc et Josserand, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Guy est maintenu, pendant l'année scolaire 1888-89, dans les fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène.

— M. Cassagne est nommé, pour l'année scolaire 1888-89, aide de médecine opératoire, en remplacement de M. Teulon, démissionnaire.

— Les professeurs de la Faculté de médecine se sont réunis, lundi 12 novembre, pour présenter au ministre de l'instruction

publique un candidat à la chaire de Clinique des maladies nerveuses et mentales.

M. le docteur Mairet, agrégé, médecin en chef de l'Asile, a été présenté en première ligne, à l'unanimité. En seconde ligne, ont été présentés MM. les docteurs Blaise, qui a obtenu 8 voix, et Regimbaud, qui a obtenu 5 voix.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. Féral est chargé des fonctions de préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et de matière médicale, en remplacement de M. Ouillé, démissionnaire.

— M. Gourret est chargé, pour l'année scolaire 1888-89, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES. — Un concours aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux, le 20 décembre prochain, et à Paris, Nancy et Montpellier, le 26 décembre prochain.

Les docteurs en médecine qui désirent prendre part au concours devront faire parvenir leur demande sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'Assistance publique, avant le 1er décembre prochain.

BOURSE DE VOYAGE AUX INTERNES DES ASILES D'ALIÉNÉS. — Le concours pour la bourse de voyage de 2,000 fr. accordée aux internes des asiles d'aliénés, ainsi qu'aux internes de Bicêtre et la Salpêtrière, est terminé; c'est M. Arnaud, de Sainte-Anne, qui a obtenu ce prix.

COURS. — Le docteur Calmettes commencera son cours d'otologie le lundi 26 novembre, à 8 h. du soir, à l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 11 AU SAMEDI 17 NOVEMBRE 1888

Fièvre typhoïde 11. — Variole 6. — Rougeole 13. — Scarlatine 1. — Coqueluche 2. — Diphtérie, croup, 28. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 154. — Autres tuberculoses 19. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 5. — Méningite 30. — Congestion et hémorr. cérébrales 41. — Paralysie 3. — Ramollissement cérébral 8. — Maladies organiques du cœur 64. — Bronchite aiguë 26. — Bronchite chronique 35. — Broncho-pneumonie 19. — Pneumonie 49 — Gastro-entérite : Sein 11. — Biberon 40. — Autres 6 — Fièvre et périt. puerpérales 1. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 20. — Sénilité 24. — Suicides 27. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 172. — Causes inconnues 8 — Total de la semaine: 873 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS.

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par le docteur P. Durey-Comte. Un volume in-8° de 127 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

De la prophylaxie de la rage, à propos de la rage chez les enfants. — Lettre du docteur L.-A. de Saint-Germain à M. le docteur Aug. Ollivier. Une brochure de 15 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. — N° 48 — 1er DÉCEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 53. Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

ANATOMIE

SUR LA CONSTITUTION LOBULAIRE DU FOIE ET LES VOIES DE LA CIRCULATION SANGUINE INTRA-HÉPATIQUE, par MM. BRISSAUD et SABOURIN (1).

Cette communication servira d'introduction à quelques autres qui la suivront à bref délai, et dans lesquelles nous nous proposons d'étudier : d'une part, la lobulation du foie chez les vertébrés mammifères, et, d'autre part, les anastomoses intra-hépatiques du système-porte avec les veines sus-hépatiques et la veine-cave.

Ce dernier point n'a jamais été élucidé. Claude Bernard y attachait une très grande importance. A plusieurs reprises, il avait appelé l'attention sur les rameaux veineux qui, chez le cheval, font communiquer directement le tronc de la veine-porte avec les veinules pariétales de la veine sus-hépatique au niveau de son anastomose avec la veine-cave inférieure (2).

(1) Note communiquée à la Société de Biologie.

(2) *Leçons de physiologie expérimentale*, première partie, p. 170 et *passim*.

Il admettait sans doute que ces voies communicantes représentent, sous une forme rudimentaire et exceptionnelle, les organes de la circulation « mécanique » du foie, tandis que les ramifications capillaires sont préposées à la circulation « chimique » (1). Or, ce n'est pas seulement au point de vue de la physiologie circulatoire que cette question sollicite des recherches anatomiques; c'est aussi au point de vue de l'anatomie elle-même (anatomie spéciale ou comparée); et c'est surtout au point de vue de l'anatomie pathologique, car c'est de là que découle en bonne partie la pathogénie des cirrhoses. Nous avons la conviction que le problème des cirrhoses sera singulièrement simplifié le jour où sera démontrée l'existence des anastomoses directes de la veine-porte avec la veine sus-hépatique chez l'homme. Si l'on met à part les deux principales formes anatomo-cliniques de cirrhoses que MM. Hanot, Charcot et Gombault ont si nettement différenciées, la forme atrophique veineuse ou annulaire et la forme hypertrophique épithéliale et insulaire, il reste encore un groupe considérable et indécis de variétés dites *mixtes* (provisoirement et faute de mieux), où le clinicien se perd. Nous espérons démontrer dans un avenir assez prochain que, parmi tant de variétés de cirrhoses prétendues mixtes, il est des types assez caractérisés pour mériter une qualification plus précise.

Mais, pour arriver à la connaissance de ces voies anastomotiques qui nous paraissent jouer le principal rôle dans la pathogénie des scléroses systématiques du foie, il faut se représenter le groupement des éléments hépatiques sous un autre aspect que celui qu'on a exclusivement envisagé jusqu'à ce jour.

Il semble, au premier abord, que la topographie microsco-

(1) *Ibid.*, p. 174.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite. —Voir les numéros 39, 40, 41 45 et 47.

XV. C'est une bien grande figure médicale que celle de Boerhaave. Aussi sommes-nous heureux que M. le professeur Laboulbène ait inspiré à l'un de ses élèves l'idée de consacrer sa thèse inaugurale à l'étude de la vie et des travaux de ce célèbre chef d'école! (1).

M. Gustave Neiret commence par jeter un coup d'œil sur l'état de la médecine au temps où Boerhaave fit son entrée dans le domaine de la science. Il nous montre, dans une rapide Revue, ici les médecins qui s'en tiennent à la tradition hippocratique et à la galénique; là, les sectateurs des iatrochimistes, les élèves de Van Helmont et de Sylvius; puis les iatromécaniciens qui suivaient Borelli et Baglivi; enfin les Arabes aussi avaient encore des partisans et des commentateurs, surtout en Italie. Mais, en somme, au milieu des luttes d'école, des discussions sous les formes les plus acerbes, ou des pamphlets cachés sous la dénomination de thèses ou encore de polémiques épistolaires à propos des innovations ou des découvertes thérapeutiques et physiologiques, le XVIIe siècle « est le nœud de l'histoire de la médecine ».

L'ère nouvelle est à son aurore; de tous côtés, l'observation de la nature tend à se substituer au principe d'autorité; la méthode expérimentale gagne chaque jour du terrain sur la médecine ancienne que Harvey ébranle et renverse presque par sa découverte de la circulation du sang.

Boerhaave apparaît. En France « c'est avec la fondation de l'Académie des sciences, 23 décembre 1666, que commencent la réforme de l'anatomie et les premiers travaux sérieux sur la physiologie de l'homme et des animaux; ce sont les *physiciens*, c'est-à dire les savants adonnés à la physiologie et à l'histoire naturelle, qui finissent par secouer l'inertie des médecins, les arrachent à la routine et brisent le joug des écoles. Les plus illustres représentants de cette révolution, qui faisait écho à celle qui s'était déjà

(1) Thèse de Paris, 1888. — Imprimerie des Ecoles, Henri Jouve.

pique du foie soit chose définitivement arrêtée et irrévisable. Nous ne pensons pas ainsi; et, s'il nous était permis de critiquer les observateurs de premier ordre auxquels on doit la description classique du lobule hépatique chez l'homme, nous leur reprocherions d'avoir choisi pour type de cette description le foie du porc.

Evidemment, s'ils ont fait ce choix, c'est parce que le lobule hépatique du porc est de beaucoup le plus simple dans sa forme et le mieux circonscrit qu'on puisse voir. Pendant des siècles, on s'était évertué à discerner dans le parenchyme hépatique — bloc homogène et tout d'une pièce — quelque chose qui permît de l'assimiler aux autres glandes, organes généralement segmentés, lobés, lobulés ou acineux. Le foie du porc apparaissant, même à l'œil nu, comme constitué par des grains glanduleux conglomérés, complètement encapsulés et nettement séparés les uns des autres, Kiernan se crut autorisé à le prendre pour point de départ d'une description générale. L'œuvre de Kiernan reste admirable; mais la généralisation était prématurée, et il n'est que trop facile de le démontrer.

On sait que les lobules hépatiques du porc se composent de masses épithéliales polyédriques traversées à leur centre par une veine sus-hépatique. Les éléments épithéliaux sont disposés sous forme de colonnes rectilignes dirigées vers un centre commun de convergence qui n'est autre que la veine sus-hépatique, appelée pour cette raison *veine centrale* du lobule. Enfin, chaque lobule est séparé de ses voisins par des cloisons fibreuses répondant à chacune des faces du polyèdre lobulaire; et c'est dans le tissu fibreux de ces cloisons que circulent les ramifications de la veine-porte, de l'artère hépatique et du conduit biliaire.

Le fait que la veine sus-hépatique occupe le centre du lobule, qu'elle en est l'axe en quelque sorte, ne pouvait manquer de la faire considérer comme la voie d'excrétion de chacun de ces grains glandulaires; en un mot, on formulait cette conclusion, tirée de l'examen microscopique du foie du porc: que le lobule hépatique est une petite glande vasculaire sanguine, dont le produit de sécrétion est le sucre, et que son canal central est une veine sus-hépatique. Bien plus, on en venait à représenter, dans les figures de certains traités d'anatomie, le système veineux sus-hépatique sous l'aspect de canaux sanguins ramifiés comme les subdivisions d'une glande en grappe, avec les lobules hépatiques appendus à l'extrémité des ramifications ultimes.

La découverte de la glycogénie hépatique ne pouvait que corroborer cette conception anatomique du groupement lobulaire. La vérité est que la physiologie de Claude Bernard s'adapte merveilleusement avec l'anatomie de Kiernan. Mais on oubliait un peu que le foie sécrète aussi la bile; que le canal hépatique est la voie de transport de cette humeur, et que, si le foie est préposé à la sécrétion de la bile, les lobules dont il se compose doivent être appendus, non pas aux ramifications de la veine sus-hépatique, mais à l'extrémité des derniers canalicules biliaires. Il y avait une incompatibilité si singulière entre la disposition lobulaire du foie *du porc* et la sécrétion de la bile, que certains physiologistes n'hésitaient pas à dissocier le foie au point de vue fonctionnel: Robin soutint pendant quelque temps cette opinion que la bile est sécrétée par les canalicules biliaires interlobulaires, tandis que le lobule proprement dit est préposé à la formation du glycogène. Le rôle du foie se trouvait ainsi bien diminué. Nous en donnerons encore une preuve de plus: dans la table analytique des œuvres de Claude Bernard, l'article *foie*, qui comporte trois colonnes, ne fait même pas mention de la bile. C'est un mot qui manque. Quant au petit article *Sécrétion du foie*, il ne concerne que des faits relatifs à la glycogénie. Le nom de la bile n'y figure pas. On pourrait croire que ce n'est pas le foie qui sécrète la bile (1).

Ainsi, la lobulation du foie chez le porc, envisagée comme un fait général, a fait perdre de vue les véritables connexions anatomo-physiologiques de l'acinus hépatique et de la fonction biliaire.

La plupart des auteurs, il faut le reconnaître, n'ont pas manqué de signaler les caractères différentiels du lobule hépatique chez le porc et du lobule hépatique chez les autres mammifères. Mais ce qu'ils n'ont pas dit, c'est que la lobulation du porc est un fait anatomique exceptionnel; nous ajouterions volontiers accidentel, et c'est un point sur lequel nous reviendrons ultérieurement. En tous cas, la lobulation sous forme de grains encapsulés n'existe ni chez l'homme, ni chez le chien, ni chez le chat, ni chez le bœuf, ni chez le cheval, ni

(1) *L'Œuvre de Claude Bernard*, par Mathias Duval. — Paris, Baillière, 1881, p. 176 et suiv.

---

accomplie en Angleterre, en Hollande et dans les pays du Nord, sont Claude Perrault, du Verney et Vieussens, mais à des degrés différents ».

Tel était donc l'état du monde médical à la fin du XVIIe siècle.

La partie du travail de M. Neiret consacrée à raconter la vie de Boerhaave nous a paru insuffisante. Il s'est un peu trop contenté de recopier, et souvent sans la citer, la courte notice consacrée à ce médecin, à ce botaniste et chimiste à la fois, à ce modèle du professeur, par M. Beaugrand (1). Il aurait pu consulter fructueusement la notice plus détaillée de Desgenettes (dans la Biographie Panckoucke), et surtout celle de Chaussier et Adelon (dans le Dictionnaire de Biographie de Michaud) (2).

M. Neiret passe ensuite à l'examen successif des œuvres de Boerhaave qu'il analyse consciencieusement, non pas en suivant l'ordre chronologique, mais plutôt en groupant les nombreux travaux du professeur de Leyde d'après un ordre plus logique. En première ligne, voici les INSTITUTIONS DE MÉDECINE (Physiologie, Pathologie, Hygiène et Thérapeutique). Puis vient un coup d'œil sur les *Aphorismes de Chirurgie*, suivi d'un autre aperçu sur les *Aphorismes de médecine*. Après quelques mots sur le *Traité de la Péripneumonie*, M. Neiret aborde le *Traité des Fièvres intermittentes*, puis le *Traité des maladies des enfants*. Ensuite, il s'occupe très brièvement du Livre sur les *Maladies des yeux*, avant de consacrer cinq ou six pages aux *Maladies vénériennes*.

Quant aux œuvres de chimie ou de botanique et aux œuvres d'érudition (publication des Œuvres d'André Vésale, des *Opuscules anatomiques* d'Eustachi, édition d'Arétée, édition de l'Aphrodisiacus de Luisinus), M. Neiret les laisse de côté. Il se contente de jeter, dans les trois dernières pages de sa thèse, un coup d'œil d'ensemble sur la philosophie médicale de Boerhaave et sur l'heureuse et considérable influence de son enseignement et de sa méthode pour le progrès de notre art et de nos connaissances.

En somme, voilà une thèse utile et d'une lecture attachante.

(1) Dans le DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, de Dechambre.

(2) J'ajouterai même que les érudits eussent été heureux de trouver dans cette thèse d'abord une bibliographie des œuvres de Boerhave un peu mieux soignée, et aussi une bibliographie des Biographies consacrées à Boerhaave, car c'est un des médecins sur lesquels on a le plus écrit.

chez le lapin, ni chez le cobaye, etc. Bref, elle n'existe chez aucune des espèces animales qui font l'objet des recherches journalières dans les laboratoires. On a prétendu qu'elle se rencontrait chez l'ours blanc, chez certains rongeurs d'Amérique, comme le *Capromys Fournieri* ou l'*Octodon Cumingii*. Nous avons pu examiner les foies de ces animaux, et nous nous sommes assurés que si, en effet, leur lobulation rappelle celle du porc, il ne s'agit que d'une très grossière analogie. Bien au contraire, aucun de ces foies ne présente l'encapsulement caractéristique du type décrit par Kiernan (1).

Mais revenons au foie de l'homme.

Ici encore, les coupes font voir une disposition radiée des colonnes épithéliales. Cependant les rayons sont moins directs et leur longueur est beaucoup moins grande. A partir d'une certaine distance, on ne reconnaît plus aucun ordre; toutes les travées s'enchevêtrent. Puis — et c'est là le point important — on ne distingue nulle part de cloisons fibreuses circonscrivant des grains glanduleux. Tout le parenchyme forme une masse ininterrompue. C'est une agglomération épithéliale percée à jour par deux sortes de conduits: 1° Les veines sus-hépatiques dépourvues de gaînes celluleuses; 2° les veines-portes pourvues d'une gaîne où circulent avec elles les artérioles et les canalicules biliaires. Comme ces deux sortes de vaisseaux sanguins alternent assez régulièrement, on a eu l'idée, pour mieux s'y reconnaître, de réunir par la pensée tous les vaisseaux-portes — chacun à chacun — qui sont au pourtour d'une veine sus-hépatique, de façon à fermer le lobule hépatique par des cloisons imaginaires.

Dans certaines circonstances pathologiques, cette conception très ingénieuse des anatomistes se trouve réalisée. Il existe, en effet, telles inflammations chroniques du tissu cellulaire des espaces-portes où le lobule finit par s'encapsuler; où l'on peut, en d'autres termes, retrouver sur les coupes un aspect analogue à celui du foie du porc. Mais, plus fréquemment encore, c'est l'inverse qui a lieu.

C'est-à-dire que si l'inflammation se localise primitivement, non plus dans les espaces-portes, mais au centre des lobules, les cloisons fibreuses réunissent les veines sus-hépatiques, chacune à chacune, et alors le lobule a pour centre un espace-porte, et pour plans périphériques les expansions fibreuses des veines sus-hépatiques. Cette disposition est en quelque sorte l'inverse de la précédente : le lobule est *interverti* (1).

Si maintenant, au lieu de comparer le foie de l'homme adulte au foie du porc adulte, nous le comparons au foie du porc nouveau-né, nous constatons entre les deux types un ensemble d'analogies qui équivaut à une identité presque absolue. A ne tenir compte, dans l'étude du foie du porc, que de ce qui appartient à l'individu nouveau-né, on pourrait assimiler les deux organes dans les deux espèces. Dès lors, rien n'empêche de décrire la glande biliaire de l'homme et du porc comme construite sur le même modèle. En d'autres termes, la veine-porte, aussi bien que la veine sus-hépatique, peut être considérée comme le centre du lobule. Celui-ci, centré différemment, mérite le nom de lobule biliaire ou de lobule-porte, par opposition à l'autre, celui qu'on a désigné jusqu'à présent sous le nom de lobule hépatique.

N'y a-t-il dans tout cela qu'une vue de l'esprit? Les faits vont répondre :

Voici un mammifère, dont le foie n'est pas plus différent de celui de l'homme que ne l'est celui du porc. Il a, à peu de chose près, la même apparence, les mêmes rapports topographiques, la même consistance, le même appareil d'excrétion biliaire (canal cholédoque et vésicule) : c'est le foie du phoque.

Sur les coupes microscopiques, nous retrouvons un arrangement lobulaire qui, à première vue, semble reproduire celui du porc. Les travées épithéliales convergent vers le centre du grain polyédrique, et à la périphérie de ce dernier les plans de séparation sont nettement arrêtés, beaucoup plus arrêtés qu'ils ne le sont chez l'homme. Or, quand on examine les coupes avec un peu de soin, on s'aperçoit que le centre des lobules est occupé non pas par une veine sus-hépatique, mais par une veine-porte, avec son accompagnement obligé de ramifications artérielles et biliaires. Quant aux veines sus-hépatiques, on les reconnaît à la périphérie où elles forment les cloisons de séparation des lobules. Ce ne sont pas, à proprement parler, des cloisons; ce sont des lacunes ou sinus veineux rectilignes, munis de valvules et intimement adhérents au parenchyme adjacent.

(1) L'étude de chacune de ces espèces sera exposée prochainement.

(1) Sabourin. *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de la glande biliaire de l'homme*, in-8o. — Paris, Alcan, 1888.

Assurément, il n'y a là rien de bien neuf. Mais notre génération médicale actuelle, grisée en quelque sorte par l'accumulation des découvertes qui se produisent chaque jour, a une trop grande tendance non seulement à oublier et à négliger, mais même à mépriser nos ancêtres. Nous devons donc de la reconnaissance à quiconque nous montre ce qu'ont fait nos prédécesseurs. Sans eux, sans leurs travaux, serions-nous ce que nous sommes? Saurions-nous ce que nous savons?

Et puis, cela est réconfortant de nous faire contempler les efforts des pionniers de notre science. On y apprend à être fier de sa profession, en même temps que modeste pour sa propre personne.

XVI. L'éloge de J. Moreau (de Tours) prononcé l'an dernier par M. le docteur Ritti devant la Société médico-psychologique, est bien une œuvre littéraire par la forme comme par l'objet (1). Moreau, qui quoique né à Montrésor (en 1804), se fit connaître sous le nom de Moreau, de Tours, parce qu'il commença sous Bretonneau ses études médicales dans le chef-lieu du département d'Indre-et-Loire, où il était né, Moreau, dis-je, fut en effet un littérateur. Par ses études sur le haschisch, par la description artistique qu'il donna des effets du chanvre indien, il fut recherché par Balzac, par Gérard de Nerval, et se lia surtout avec Théophile Gautier. Comment ne pas être l'ami des lettres quand on est l'ami de pareils lettrés?

Grand voyageur avec cela! Et si l'on regrette que toutes ses notes de voyage n'aient pas été publiées, c'est parce que ce qui en a paru inspire des regrets. N'a-t-il pas publié, sous forme de lettres adressées à M. Baillarger, son excursion au village de Gheel, dans lesquelles il se montre partisan convaincu du système de colonisation des aliénés et manifeste le désir de le voir appliquer en France? D'un long voyage qu'il fit en Allemagne, il rapporta aussi de curieuses notes sur les asiles de Siegburg, Halle, Dresde, Prague, Berlin et Vienne. « Il eut la satisfaction de voir les doyens des deux écoles psychiatriques qui partageaient les médecins allemands : Jacobi, le chef vénérable de l'école somatique, vieillard d'une haute stature, d'une physionomie douce et bienveillante, et dont la tête était légèrement inclinée sur la poitrine,

(1) Brochure in-8° de 48 pages. Paris, O. Doin, éditeur.

Nous ne signalons aujourd'hui ce fait que pour faire voir combien la différence est grande, en dernière analyse, entre des organes presque identiques à première vue, et, en tous cas, investis de la même fonction. Nous démontrerons bientôt que le groupement lobulaire du foie de phoque n'est pas un fait exceptionnel ; et, corollairement, que, parmi tant de mammifères auxquels on pouvait emprunter la description typique du lobule hépatique, le porc était peut-être le dernier qu'il fallût choisir.

Il ne nous reste plus qu'à signaler brièvement les connexions des veines-portes et des veines sus-hépatiques.

Celles-ci, petites, moyennes ou grandes, sont constituées par du tissu élastique renforcé de fibres musculaires. Elles sont, nous venons de le dire, valvulées, chez le phoque (de la même façon que chez le chien, en ce sens que leur paroi présente des replis, comparables, toutes proportions gardées, avec les valvules); cela se comprend aisément, si l'on réfléchit que le phoque étant un animal amphibie (*Class. de Linné*), sa tension veineuse intra-abdominale est sujette à de grandes variations.

Tandis que les veines sus-hépatiques de petit ou de moyen calibre sont intimement accolées au parenchyme avoisinant, les grosses en sont séparées par un sinus annulaire qui les engaîne de toutes parts et où viennent se jeter les capillaires sanguins. Le sinus en question communique, d'autre part, avec la veine elle-même, grâce à des orifices lacunaires qui perforent de place en place l'épaisse paroi de cette dernière. On observe d'ailleurs une disposition analogue dans beaucoup d'autres espèces. Mais elle est, chez le phoque, bien plus accentuée et bien plus répandue que chez tous les animaux que nous avons eus à notre disposition.

Quant aux veines-portes, elles présentent ceci de spécial que leurs ramifications, dans les grands espaces de la gaîne de Glisson, sont extrêmement nombreuses. Parmi ces ramifications, il en est qui vont s'aboucher à travers le tissu glandulaire, avec les sinus des veines sus-hépatiques dont il vient d'être fait mention. De cette façon, la circulation peut s'effectuer directement du système-porte au système sus-hépatique, sans que les capillaires y prennent part. Bien plus, on rencontre souvent dans la gaîne de Glisson elle-même et au milieu des ramifications-portes qu'elle contient, une grosse veine sus-hépatique, parfaitement reconnaissable à sa structure musculo-élastique et à son sinus en forme de gaîne.

Nous dirons immédiatement que cette particularité, plus ou moins accentuée, s'observe, elle aussi chez un grand nombre de mammifères et spécialement chez l'homme. Nous nous proposons d'y revenir.

MALADIES DES CENTRES NERVEUX

Note sur deux cas d'abcès du cerveau ; — Des abcès cérébraux, par A. Souques, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les numéros 45 et 46.

En résumé, les causes d'erreur sont multiples et le diagnostic le plus souvent incertain. Mais, en admettant qu'on diagnostique un abcès cérébral, tout n'est pas dit, il faut en savoir le siège. Et c'est ici que les données étiologiques doivent entrer en ligne.

S'il s'agit d'un abcès consécutif à une suppuration de l'oreille moyenne, on peut dire qu'il siège dans le lobe temporal, à quelques exceptions près. M. Brouardel a mis le fait en évidence. Barr, qui en a réuni 76 cas, les a classés de la façon suivante : 55 abcès temporaux, 13 cérébelleux, 4 dans les deux régions à la fois, 2 dans la protubérance, 1 dans le pédoncule cérébral. Fait digne de remarque, tous siégeaient du même côté que la lésion de l'oreille. Si on veut préciser encore davantage, on peut dire que la carie de la face supérieure du rocher produit d'ordinaire les abcès temporaux; la cellulite mastoïdienne, les abcès du cervelet. A propos d'abcès consécutifs aux otites, Binswanger rapporte une observation intéressante : il relate un cas où une otite suppurée moyenne fut l'origine d'un abcès du cerveau ayant entraîné la mort. L'observation clinique ne pouvait faire songer à une maladie de l'oreille, car il n'y avait ni otorrhée ni troubles de l'ouïe. La dure-mère, les sinus, étaient absolument sains. On aurait donc pu ranger ce cas parmi les abcès du cerveau dits idiopathiques, si on n'avait eu soin de faire l'autopsie complète et d'examiner l'appareil auditif. On constata ainsi une otite moyenne suppurée. Instruit par cet exemple, l'auteur recommande d'examiner avec grand soin l'appareil auditif dans les

---

bien plus par l'habitude de la réflexion que par le poids des années ; Ideler, le représentant le plus distingué de l'école psychologique, qui, par sa physionomie pleine de finesse et un peu rêveuse, l'affabilité, la douceur avec lesquelles il traite ses malades, sachant être sévère, au besoin, sans cesser d'être bienveillant, offrait à son visiteur de nombreux traits de ressemblance avec Esquirol. » Esquirol avait été le premier maître de Moreau (de Tours) dans cet asile de Charenton, où il fut nommé interne en 1826, et où il recueillit les matériaux de sa thèse de doctorat sur *la Monomanie*.

Prenant hardiment parti pour les idées de Cabanis, Moreau affirma dès son début scientifique l'influence du physique sur le désordre des facultés intellectuelles.

Nous ne suivrons pas M. Ritti dans l'exposé qu'il nous fait des travaux et des événements de la vie de son héros. Nommé *par concours*, en 1840, médecin de Bicêtre, en même temps que Baillarger, Trélat et Archambault, il ne passa à la Salpêtrière qu'en 1861 (lors de la retraite de Lélut). Mais il avait déjà depuis plusieurs années un autre champ d'études, dans cet établissement d'Ivry, qu'il dirigea longtemps avec M. Baillarger.

Moreau (de Tours) est mort le 26 juin 1884, à l'âge de 80 ans, laissant deux fils dont l'aîné suit la carrière paternelle.

M. Ant. Ritti conclut son consciencieux travail par cette appréciation générale que je me fais un plaisir de reproduire, car elle fait connaître à la fois l'œuvre et l'homme :

« Si la connaissance de la nature humaine est entrée dans une voie scientifique, c'est grâce aux travaux de trois grands penseurs de ce siècle : Cabanis, Gall et Broussais. Ils ont définitivement établi que les fonctions supérieures de l'humanité ne sauraient être étudiées avec fruit en faisant abstraction de l'organisme. Mais, comme le fait remarquer l'auteur *de l'Irritation et de la Folie*, « l'homme n'est connu qu'à moitié s'il n'est observé que dans l'état sain ; l'état de maladie fait aussi bien partie de son existence morale que de son existence physique. » Moreau (de Tours) eut le mérite d'appliquer ces deux principes fondamentaux à un moment où des principes opposés étaient en honneur. S'appuyant sur eux, il osa aborder un certain nombre de questions, jusque-là négligées, et put en résoudre quelques-unes. Ses travaux lui survivront et trouveront des imitateurs ; son nom, souvent

cas d'abcès du cerveau dont la cause est inconnue, même en l'absence de troubles auditifs.

Il ne faudrait pas compter, pour le diagnostic de ces abcès cérébraux d'origine auriculaire, sur les signes spéciaux; on sait, d'après leur siège, que ces abcès n'affectent pas la zone psycho-motrice, qu'on ne rencontrera presque jamais d'épilepsie partielle. Tout au plus une céphalalgie fixe, la pression douloureuse en un point du crâne, pourraient-elles éveiller l'attention. Mais l'expérience enseigne leur siège dans la région temporale ou cérébelleuse de l'abcès, et c'est là qu'il faudra porter une couronne de trépan.

Dans les abcès d'origine traumatique, c'est encore l'étiologie qui sera le meilleur guide. S'ils ont donné naissance à des accidents spéciaux, localisés, à des phénomènes paralytiques ou convulsifs, c'est évidemment sur ces phénomènes qu'il faudra se guider; en leur absence, il faudra rechercher avec soin la trace d'une cicatrice, le siège d'une ancienne blessure, et les prendre comme point de repère.

Une fois le siège de l'abcès reconnu, quelle conduite faut-il tenir? Faut-il compter sur la guérison spontanée, sur l'enkystement, la résorption ou l'évacuation par une ouverture naturelle?

Assurément non! Non pas qu'on ne rencontre dans ces conditions quelques cas de guérison, mais ils sont trop exceptionnels et trop aléatoires. Il faut intervenir chirurgicalement; il faut trépaner

Le trépan, qui était tombé il y a quelques années dans le discrédit le plus profond, vient d'être remis en honneur de nos jours. La chirurgie moderne est devenue plus audacieuse et cette audace est du reste justifiée par la vulgarisation de l'antisepsie et par la connaissance approfondie des localisations cérébrales. Mais avant d'en arriver à cette résurrection, l'histoire du trépan a passé par bien des phases. Sans vouloir faire l'histoire de la trépanation on peut dire qu'après avoir été prônée par l'Académie de chirurgie et par Percivall Pott, elle tomba sous les attaques de Desault et de Malgaigue. Il était réservé à M. Lucas-Championnère, il y a dix ans à peine, de démontrer que le trépan n'est pas une opération dangereuse. Depuis lors, le trépan, le trépan consécutif bien entendu, a reconquis sa place.

Sans doute le trépan est indiqué dans les traumatismes récents, car là on n'aggrave pas la blessure première. Il n'en est pas de même quand il s'agit d'aller traverser une épaisseur plus ou moins grande de substance cérébrale pour aller ouvrir un abcès. Néanmoins on peut agir sans crainte. Il est démontré surabondamment qu'un crâne supporte la trépanation sans danger, que la dure-mère peut être incisée sans inconvénient aucun, enfin que l'encéphale lui-même peut-être intéressé sans crainte. Les cas de fracture du crâne, de corps étrangers dans l'encéphale, d'issue de la substance cérébrale à l'extérieur, suivis de guérison, ne sont pas rares.

En outre, l'expérimentation, entre les mains de Spitzka (de New-York), a montré qu'un animal, un chien, supporte à merveille des ponctions, des incisions, des injections dans le cerveau, à la condition expresse qu'on respecte certaines régions: les ganglions gris centraux et les ventricules latéraux.

Horsley, dans un mémoire publié l'an dernier, rapporte dix opérations menées à bien sur l'homme. Il recommande de faire précéder l'anesthésie chloroformique d'une injection de morphine pour faire contracter les artérioles cérébrales et éviter autant que possible l'hémorrhagie. En outre, il procède de la façon suivante: Il trace un grand lambeau sur le cuir chevelu, met l'os à nu, relève le périoste et applique une couronne de trépan de 25 millimètres de diamètre. Bergmann conseille au contraire d'ouvrir le crâne au ciseau et au maillet. Sur 10 opérés, Horsley n'a eu qu'un insuccès. Les autres opérés ont tous guéri entre huit et quinze jours, sans drainage.

Le traitement chirurgical des abcès du cerveau est en réalité de date récente. Cependant Quesnay et Lapeyronie le conseillaient, mais l'évacuation du pus n'existait pas pour la cavité crânienne. Les chirurgiens n'osaient intervenir. En 1866, Broca rapportait un fait heureux à la Société de chirurgie et réhabilitait en quelque sorte le trépan. Mais on ne trépana pas davantage; on craignait toujours la méningo-encéphalite; on n'avait du reste aucune connaissance sur les localisations, on n'avait pas de méthode antiseptique. Dès que les localisations furent connues, dès qu'on eut un guide, on devint plus audacieux, et les succès obtenus grâce à l'antisepsie justifièrent cette audace. Le trépan est la seule planche de salut, car la mort jusqu'ici est la seule terminaison connue, si on n'intervient pas.

De quelle façon faut-il intervenir? Où faut-il faire porter le trépan? Ici encore, il est nécessaire de s'enquérir de l'idée

---

cité, occupera un rang distingué à la suite de ceux des illustres fondateurs de la science de l'homme. »

On ne saurait mieux dire

D^r ALBERTUS.

(A suivre.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le docteur Brulant est nommé pour trois ans chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Coppens, dont la délégation est expirée.

— M. Fromont est nommé aide d'anatomie en remplacement de M. Labalette, dont la délégation est expirée.

— M. Bruneau est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Bulté, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M Castex est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bertin-Sans, appelé à d'autres fonctions.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Heydenreich, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé pour trois ans, à partir du 16 novembre 1888, doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Bonnans est nommé, pour l'année scolaire 1888-1889, préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Brunelière, démissionnaire.

MUTATIONS PARMI LES CHIRURGIENS DES HOPITAUX. — La création d'un nouveau service à l'Hôpital Tenon, donne lieu aux deux mutations suivantes:

M. Felizet passe de l'hospice d'Ivry à l'hôpital Tenon, et M. Kirmisson, du Bureau central à l'hospice d'Ivry.

ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Dans sa séance du 21 novembre, le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Chautemps, a chargé sa quatrième commission: 1o d'entrer en relations avec M. le Ministre de la guerre pour faire désigner Paris comme siège de l'Ecole du service de santé militaire, dont la création a été décidée; et 2o de présenter un rapport sur le résultat des pourparlers engagés.

étiologique. Si on a affaire à un abcès de cause générale, il faut s'abstenir, car ce sont le plus souvent des abcès multiples qui sont en outre sous la dépendance d'un état général qu'on ne saurait atteindre. Bergmann va même plus loin; il refuse d'intervenir dans les abcès tuberculeux; ses craintes ne sont pas partagées par Horsley, Wernicke et Hahn. Si on a affaire à un abcès d'origine traumatique, si on constate des aphasies ou des paralysies localisées, il faut trépaner en se laissant guider par les connaissances des zones psycho-motrices. Si un signe spécial ne fait pas déterminer l'abcès en un point connu, il faut trépaner au niveau de la cicatrice cutanée ou de l'enfoncement et explorer ensuite au hasard l'hémisphère. Si la collection purulente encéphalique est consécutive à une otite, à une lésion du rocher, l'expérience enseigne la région où il faut faire porter la couronne de trépan. C'est la région temporale ou cérébelleuse. La trépanation faite, on explore prudemment l'encéphale, on ouvre l'abcès largement et on fait un drainage prolongé pour éviter les récidives.

Les résultats de ce traitement sont du reste excellents. Tout est autorisé en présence d'une mort certaine. Wheeler a sauvé 14 opérés sur 16 dans les caries du rocher suivies d'abcès cérébraux. Les guérisons ne sont pas moins remarquables pour les abcès d'origine traumatique. Cependant le succès n'est pas constant; l'opéré peut succomber des suites d'une méningo-encéphalite; il peut garder une cicatrice qui, à un moment donné, peut entraver les fonctions cérébrales et être la cause d'accidents mortels.

En résumé, en présence d'un abcès cérébral diagnostiqué, il faut trépaner. Les localisations cérébrales indiqueront nettement le point où la couronne devra porter. L'antisepsie assurera à l'opération une innocuité absolue; cette innocuité est désormais incontestable.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Érythème marginé fébrile, suivi d'ictère, par M. le docteur Muselier, médecin des hôpitaux.

La nommée C... (Jeanne), âgée de 28 ans, domestique, entre le 28 septembre 1888 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique, no 17, dans le service de M. Bucquoy, suppléé par M. Muselier.

Bonne santé habituelle. Aucune maladie antérieure, sauf une fièvre typhoïde il y a une dizaine d'années. Pas d'antécédents rhumatismaux. L'an dernier, pendant l'été, elle a été incommodée par de vives démangeaisons, accompagnées d'une éruption de taches rouges sur les mains. Cette éruption dura quatre jours; la santé générale n'en fut pas modifiée.

Depuis une semaine déjà, elle était souffrante, manquait d'appétit, toussait un peu, quand lundi dernier (il y a six jours) elle fut prise de frissonnements, de mal de tête, avec courbature et fièvre. Son éruption, qu'elle n'a remarquée que vendredi matin, semble avoir commencé par les membres inférieurs pour s'étendre ensuite à tout le corps.

A l'entrée, 29 septembre, l'éruption est généralisée, mais varie d'aspect suivant les régions examinées.

Le visage et le cou sont le siège d'une rougeur diffuse, uniforme. Les traits sont un peu tuméfiés, ce qui, joint à un certain degré d'injection conjonctivale et de larmoiement, donne au premier abord l'illusion d'une rougeole. Il n'y a pas d'éruption sur la muqueuse buccale, pas de mal de gorge.

La poitrine et le ventre sont recouverts de papules aplaties, de la largeur d'une lentille, de coloration rouge, rouge vif plutôt que rouge sombre, extrêmement confluentes. Elles se touchent presque partout par leurs bords, et ne laissent çà et là que de très petits intervalles de peau saine.

Sur le dos, rougeur diffuse comme sur le visage, s'effaçant momentanément sous la pression du doigt.

Sur les membres, l'éruption prend un aspect différent et très caractéristique. Elle se compose de larges placards, larges comme la paume de la main ou comme une pièce de 5 francs. Ces plaques sont séparées par des intervalles de peau saine. Elles ne forment pas des cercles réguliers, mais s'anastomosent entre elles pour dessiner des figures à contours arrondis et sinueux. Le centre de ces plaques est décoloré; leur périphérie est constituée par une bandelette érythémateuse, d'un rouge framboisé, scarlatiniforme et large d'environ un demi centimètre. Le bord externe du cercle érythémateux est légèrement festonné. L'efflorescence, dans son ensemble, forme un léger relief. Elle est prurigineuse.

Les troubles généraux sont modérément marqués. La température, hier au soir, était à 38°,6. Elle est, ce matin, à 38°. Le pouls est un peu fréquent, l'appétit nul, la langue blanchâtre. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée. Les urines sont simplement un peu foncées, sans albumine.

L'examen clinique des viscères donne des résultats purement négatifs.

29 septembre, soir. — 39°,1. Pas de phénomènes typhoïdes. Léger mal de tête.

30 septembre. — 37°,6 matin; 38°,6 soir. L'éruption a déjà considérablement pâli.

1er octobre. — Plus de fièvre.

L'éruption a presque complètement disparu, sauf aux mains et sur les jambes, où persistent quelques placards, avec l'aspect marginé très net. Quelques démangeaisons. La malade demande à manger.

2 octobre. — On devine encore sur les membres le tracé des cercles éruptifs, au niveau desquels il reste une légère pigmentation. Pas de desquamation.

3 octobre. — La malade commence à présenter une coloration ictérique visible. Elle a les conjonctives jaunâtres, la peau positivement teintée. La langue est plus blanche, l'appétit s'est de nouveau supprimé. Pas de fièvre.

6 octobre. — Ictère par rétention des plus francs. Coloration orangée de la peau et des sclérotiques. Urines presque noires, donnant la réaction caractéristique à l'acide nitrique; décoloration des selles. Le foie ne paraît pas augmenté de volume; il n'est pas douloureux. L'état général est bon.

Il n'y a plus trace de l'éruption première. Pas de démangeaisons.

Les jours suivants, l'ictère persiste, toujours assez foncé, ainsi que la décoloration des selles. Pourtant la malade reprend des forces et de l'appétit; elle se lève et se promène dans la salle.

9 octobre. — A la suite de l'administration d'un purgatif, une selle colorée.

11 octobre. — Les urines sont devenues plus claires. Elles contiennent encore du pigment biliaire. La teinte ictérique de la peau est moins foncée. La malade se sent tout à fait remise.

Elle sort sur sa demande.

Réflexions. — Nous avons cru devoir rapporter l'observation qu'on vient de lire, en raison des particularités qu'elle a présentées et notamment à cause de l'apparition de l'ictère, phénomène tout à fait exceptionnel en pareille circonstance. En effet, dans nos recherches relatives à l'érythème polymorphe, nous n'avons pu relever qu'un seul cas où pareille coïncidence ait été notée; ce cas a été publié par M. Féréol dans la Gazette hebdomadaire (1874).

A lire la description de M. Féréol, on ne peut douter que l'auteur ait eu affaire à une éruption d'érythème polymorphe

aussi bien caractérisée que celle dont nous venons de parler; mais nous devons ajouter immédiatement que ces deux faits diffèrent à certains égards et qu'il est dès lors impossible de les assimiler complètement l'un à l'autre. Le malade de M. Féréol était un rhumatisant chez lequel, au cours de la poussée articulaire, on vit se développer une éruption généralisée d'érythème multiforme. Ultérieurement apparurent des phénomènes graves, véritables complications marquées au coin de l'infectiosité (péricardite-méningite). L'ictère apparut en dernier lieu. Finalement, le malade succomba à la gravité de pareils accidents.

Dans notre fait, les choses se passèrent plus simplement. La malade, indemne d'antécédents rhumatismaux, fut prise en pleine santé, au point que l'on put croire à l'invasion d'une fièvre éruptive (rougeole). Les symptômes généraux n'offrirent qu'une intensité modérée et n'eurent qu'une durée assez courte. Enfin, nulle apparence de complications viscérales, absence complète de ces manifestations qui caractérisent souvent l'érythème polymorphe et permettent d'affirmer la nature infectieuse de cette maladie. L'ictère est donc le seul phénomène commun à ces deux faits; mais l'interprétation, dans notre cas, n'en reste pas moins embarrassante. Doit-on considérer ici l'éruption cutanée comme subordonnée à l'ictère, de par le rapport qui unit l'effet à la cause, et par un mécanisme assez semblable à celui qui, chez certains malades ictériques, fait apparaître des manifestations vers la peau (prurigo, urticaire)? Mais cette opinion serait tout d'abord passible d'une objection importante, celle tirée du fait de l'antériorité de l'éruption par rapport au moment d'apparition de l'ictère, dans l'ordre de succession des symptômes. Ou bien doit-on mettre les deux phénomènes sur le compte d'une cause commune, de nature indéterminée (état gastrique, infection innommée)? Cette dernière hypothèse nous paraîtrait encore plus conforme à la clinique, et c'est elle que nous sommes disposés à accepter, malgré ce qu'elle peut offrir de défectueux et d'incomplet.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. UN CAS DE MÉLANO-SARCOME PRIMITIF DU PÉNIS, par le docteur FISCHER, de Hânovre (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXV, fasc. 4 et 5, p. 313, 1887). — II. UN CAS DE RUPTURE DU PRÉPUCE PENDANT LE COÏT, par le docteur THOMALLA (*Centralblatt für Chirurgie*, 1888, n° 45, p. 828). — III. DEUX OBSERVATIONS DE CORNE DU GLAND, par le docteur BALDWIN (*Medical News*, 15 octobre 1887). — IV. SUR LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU PRIAPISME, par le docteur VORSTER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXVII, p. 173, 1888). — V. SUR LES CAS D'URÈTHRE DOUBLE ET DE FISTULE CONGÉNITALE DU PÉNIS, par le docteur J. ENGLISCH (*Wiener med. Presse*, 1888, nos 27 et 28).

I. Neuf mois avant son entrée à l'hôpital, un homme de 45 ans s'était aperçu pour la première fois de l'apparition de taches bleuâtres sur son membre viril. Il crut d'abord que ces taches provenaient de son pantalon, qui était bleu. Un peu plus tard, l'émission des urines est devenue difficile. Les taches bleues avaient gagné en étendue. Dans les quinze derniers jours, des engorgements durs étaient apparus dans les aines; le scrotum était tuméfié. Le malade, jusque-là, n'avait pas éprouvé de douleurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il présentait l'état suivant: A sa partie antérieure, le pénis était légèrement incurvé en haut. Tandis qu'autrefois le prépuce pouvait être attiré en avant du gland, il était maintenant fixé en arrière de la couronne (paraphimosis sans anneau constricteur). Le prépuce et le gland étaient durs au toucher. Près du méat, sur le gland, et à la face inférieure du pénis, depuis le frein jusque vers le milieu du membre, on découvrait des taches d'un bleu noirâtre, de forme et de dimensions variables, les unes semblables à des plaques, les autres formant des nodosités du volume d'un pois, toutes faisant saillie au-dessus de la peau. Au voisinage du méat, la muqueuse était ulcérée et saignait facilement sous l'effort de la moindre pression; d'autres ulcérations il ne s'en voyait pas sur le pénis. En palpant la face dorsale du membre, on sentait un cordon dur, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de la peau. Le fourreau du pénis avait conservé sa mobilité. La peau du scrotum était œdémateuse. Les deux aines étaient occupées par des tumeurs ganglionnaires du volume d'un œuf de poule, peu mobiles; la peau qui les recouvrait était saine. L'urine était émise sous forme de plusieurs filets, à direction latérale; puis, pendant le dernier temps de chaque miction, elle ne s'écoulait plus que goutte à goutte. Elle avait une teinte brunâtre, ne contenait pas d'albumine, pas de pigment.

Le patient se résigna à l'amputation du pénis; incision circulaire, à 3 centimètres en avant de la symphyse. M. FISCHER extirpa du même coup les tumeurs ganglionnaires des aines. L'hémorrhagie fut arrêtée sans grandes difficultés; dans les ouvertures de quelques petits vaisseaux béants, on pouvait distinguer des points noirs. Pansement au sublimé. Cicatrisation sans réaction fébrile. Deux mois après l'opération, le malade quittait l'hôpital en état de guérison apparente. Mais, au bout de cinq mois, on constatait une récidive; la tumeur occupait maintenant la région du pubis et la racine du membre inférieur droit. Quant au reste, le malade urinait facilement; il ne souffrait pas, et son état général ne laissait rien à désirer.

L'examen microscopique de fragments de la tumeur fit voir qu'il s'agissait d'un mélano-sarcome. M. Fischer constate, dans les premières pages de son travail, que le mélano-sarcome du pénis est très rare, qu'il n'en existe guère que six exemples dans les recueils de la littérature médicale, dont trois de mélano-sarcome primitif du pénis (HOLMES: *Treatise on Surgery*, 2e édition, 1878, p. 272; GOLDING BERD: *Medical Times*, t. 1, p. 393, 1885, et FISCHER: observation relatée).

II. M. THOMALLA relate l'observation d'un étudiant en médecine, qui vint le consulter pour des douleurs au pénis, survenues à la suite de rapports sexuels. Ces rapports avaient eu lieu environ une heure avant; les douleurs étaient allées en augmentant. Aussitôt après le coït, le jeune étudiant avait remarqué que son membre viril était couvert de sang; il s'était contenté d'envelopper la partie malade dans de la ouate phéniquée.

Le fourreau du pénis était très tuméfié; le prépuce occupait le côté gauche du membre; il était perforé latéralement, et le gland faisait en quelque sorte hernie à travers l'orifice de perforation, enserré au niveau de la couronne, par les bords de la

déchirure. Les renseignements qui suivent fournissent l'explication de cette singulière blessure :

Le jeune homme était porteur d'un phimosis tellement étroit que, même quand il était en complète érection, le bord antérieur de son capuchon préputial dépassait de plus de un demi cent. l'extrémité du pénis. Lors de ce malencontreux coït, la portion du prépuce, qui dépassait le gland, avait été déjetée sur le côté gauche, soumise à une tension extrême, et dans cet état perforée par le gland, très dur à l'état d'érection. Le prépuce était d'ailleurs parfaitement sain.

M. Thomalla réduisit la hernie du gland, et pratiqua la circoncision.

III. Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Chauffard a rapporté un cas de corne du gland, en même temps qu'il présentait le moulage de cette curieuse excroissance. M. Chauffard a insisté sur la grande rareté de cette localisation des cornes cutanées ; les ouvrages classiques de dermatologie n'en mentionnent qu'un très petit nombre d'exemples, et le Musée de Saint-Louis n'en posséde aucun spécimen.

Le sujet de l'observation de M. Chauffard était indemne de tout antécédent syphilitique, et il n'avait jamais présenté rien d'anormal du côté des organes génitaux, *sauf un phimosis assez étroit*. Après une première excision, pratiquée par M. Duplay, la tumeur avait récidivé. M. Chauffard a fait ressortir que très souvent ces cornes du gland se développent à la suite d'une circoncision. Il en citait comme preuve un fait récent, publié par MM. Verchère et Leroy (*Bulletin de la Société anatomique*, 13 avril 1888).

Les deux faits relatés par M. Baldwin confirment cette opinion. Le premier de ces cas concerne un jeune homme de 19 ans, qui s'était fait circoncire pour se débarrasser d'un phimosis congénital. Dans l'espace des trois mois qui suivirent, une excroissance verruqueuse molle, que portait le malade à la partie inférieure du gland, se transforma en une corne longue d'un pouce ; en même temps, deux autres saillies cornées étaient apparues dans le voisinage du méat. Après une première excision, la corne récidiva. On en vint à bout après une seconde excision, suivie d'une cautérisation énergique de la plaie.

La seconde observation de M. Baldwin se rapporte à un Indien âgé de 60 ans, chez lequel deux saillies cornées s'étaient formées sur le gland, à la suite d'une circoncision nécessitée par un phimosis. La muqueuse glandaire s'était recouverte d'une couche cornée. On eut recours à un remède radical, l'amputation du gland.

IV. Voici la relation abrégée de deux cas de priapisme, intéressants au point de vue étiologique.

Le sujet de la première, un jeune homme de 23 ans, appartenait à une famille d'hémophiliques. Il avait été admis à l'hôpital pour une épistaxis rebelle, qui finit par s'arrêter, laissant à sa suite des signes d'anémie cérébrale. Il existait à ce moment un engorgement considérable de la rate. Un jour, pendant qu'il était à la selle, le malade entra subitement en érection ; en même temps, il devint en proie à un violent mal de tête et à des désordres intellectuels.

Ces troubles de l'intelligence se dissipérent au bout de cinq jours, tandis que le priapisme persista pendant trente-six jours consécutifs, malgré des applications de glace, l'emploi de bains tièdes et l'administration interne de narcotiques. Le prépuce, rétracté en arrière, paraissait exercer une constriction sur la racine du gland, à la manière d'un paraphimosis ; on le fendit et on sutura les bords de la plaie. La perte de sang fut à peu près nulle, au moment de l'opération ; mais, au bout d'une demi-heure, survint une hémorrhagie secondaire abondante, qu'on réussit à arrêter au moyen d'un pansement compressif. A la suite de cette hémorrhagie, la turgescence du pénis se mit à diminuer progressivement ; quatre jours après l'opération, le membre viril était revenu à l'état de relâchement complet. Quelques semaines plus tard, le malade présentait tous les signes d'une leucémie splénique.

Chez l'autre malade, un jeune homme de 18 ans, le priapisme, compliqué de rétention d'urine, était survenu à la suite d'un coup de pied de cheval sur le scrotum, qui avait provoqué d'abord de l'hématurie. On incisa l'urèthre, et on put ainsi constater que ce canal était le siége d'une déchirure traumatique, qui communiquait avec un épanchement de sang circonscrit, logé dans le corps caverneux droit. On incisa et on vida le foyer hémorrhagique. Le malade, débarrassé de son priapisme, s'est complétement rétabli.

V. Tandis qu'autrefois on confondait sous la dénomination d'urèthre double, des malformations très dissemblables, on distingue maintenant le dédoublement proprement dit de l'urèthre, des fistules péniennes dorsales congénitales, et des trajets anormaux qui communiquent avec l'urèthre par une au moins de leurs extrémités. Or, le nombre des exemples connus et avérés de dédoublement de l'urèthre est très faible ; tout au plus s'élève-t-il à 3 ou 4, et tous concernent des cas de malformation (dédoublement du pénis).

Plus intéressante est la variété de malformation qui consiste dans la présence simultanée d'un urèthre normal et d'un canal qui s'étend jusque sous l'arcade pubienne, en longeant le dos du pénis. On en connaissait une demi-douzaine d'exemples, non compris celui que vient de publier M. Englisch, et dont voici une relation abrégée :

Un homme de 30 ans souffrait depuis environ deux ans d'un écoulement blennorrhéique ; le pus s'écoulait par un canal qui débouchait à la face dorsale du pénis et qui communiquait avec l'urèthre. Le sujet n'avait jamais eu de blennorrhagie. Le scrotum et son contenu ne présentaient rien d'insolite ; le gland et l'urèthre étaient normalement conformés. Dans le sillon coronnaire, on découvrait une ouverture de 3 millimètres de diamètre ; son bord antérieur se continuait avec le revêtement du gland, le reste du contour était formé par un pli de la peau du membre. Il n'existait pas de trace d'un sillon à la partie supérieure du gland. Une sonde, introduite par cette ouverture, pénétrait dans un canal qui s'étendait de la ligne médiane de la face dorsale du membre jusqu'à l'arcade pubienne. La longueur de ce canal était de 12 centimètres ; on y introduisait sans peine une bougie de 3 1/2 millimètres. Les injections poussées dans ce conduit, ne pénétraient pas dans l'urèthre ; il ne s'en écoulait pas non plus d'urine. Par l'emploi des astringents, on vint rapidement à bout de l'écoulement blennorrhéique.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux sur la fièvre typhoïde

J. PARA. — ANTISEPSIE INTESTINALE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT.

Bien que l'antisepsie médicale ait fait tardivement son entrée dans le domaine thérapentique et bien que ses états de service soient encore loin d'être aussi brillants que ceux de sa sœur aînée, l'antisepeie chirurgicale, cependant les résultats obtenus jusqu'à ce jour parson emploi sont assez encourageants pour légitimer les espérances que ses promoteurs avaient fondé sur elle. Telle est notamment l'impression qui se dégage des recherches de M. Bouchard, un des plus convaincus parmi les partisans de l'antisepsie médicale, un des expérimentatenrs qui ont le plus fait pour introduire les procédés de cette méthode dans la thérapeutique, et particulièrement dans celle des maladies infectieuses. Pour ceux qui connaissent les travaux de cet observateur, l'avenir de la méthode ne fait plus de doute. Les succès obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde, les modifications presque constamment favorables apportées à la marche de cette maladie, sont là pour démontrer la valeur de l'antisepsie bien conçue et appliquée, et laissent entrevoir en même temps tout nn champ d'applications qui ne peut manquer d'être fécond.

La lectnre de la thèse de M. Para ne peut que confirmer les conclusions qui ressortent des travaux précédemment cités. Bien que l'auteur eut pris spécialement pour objectif la fièvre typhoïde de l'enfant, il n'est pas douteux que les données qui se dégagent de son travail ne puissent s'appliquer à celle de l'adulte, d'autant qu'elles sont absolument conformes à celles de son maître, le professeur Bouchard. Partant de ce principe que, dans la dothiénentérie, le pouvoir toxique du contenu de l'intestin et le pouvoir absorbant de la muqueuse sont portés au maximum, il a fait ueage des antiseptiques dans le but de détruire sur place, ou tout au moins de neutraliser, les matières intestinales. Parmi les agents de cette médication, ceux qu'il a reconnu les meilleurs sont le naphthol et le salicylate de bismuth. Chez l'enfant, les doses à employer diffèrent un peu de celles qui conviennent à l'adulte. A l'hôpital Trousseau, où M. Legroux expérimente journellement ces agents, cette doee est généralement de 0,25 cc. de naphthol et de 0,25 de salicylate de bismuth toutes les denx beures. Le peu de solubilité de ces médicaments doit rassurer d'ailleurs au sujet de l'éventualité des phénomènes d'accumulation, qui ne sont nullement à craindre dans ce cas particulier.

Les résultats cliniques de ce traitement sont immédiats. Ils portent d'abord sur l'intestin et se révèlent avec évidence par la diminution et la désinfection des selles, par la suppression du météorisme abdominal, lié lui-même aux fermentations intra-intestinales. Les résultats an point de vue de l'état général ne sont pas moins remarquables : Diminution des symptômes caractéristiques, tels que sécheresse de la langue, accidents nerveux, atténuation ou même suppression de certains accidents terminaux, notamment des suppurations diverses : furoncles, phlegmons, etc., et par conséquent abréviation de la convalescence..., tels sont les bénéfices que l'on retire de la médication antiseptique, et l'on voit qu'ils sont assez encourageants pour que cette médication puisse supporter la comparaison avec toute autre méthode de traitement, sans en excepter la méthode des bains froids, si fort en honneur à l'étranger.

Les conclusions de M. Para viennent donc confirmer en tous points celles de M. Bonchard, en leur prêtant le puissant appui que fournissent les faits bien observés.

Dr P. MUSELIER.

BULLETIN

INOCULABILITÉ DE LA LÈPRE. — ÉTIOLOGIE DU TÉTANOS. — VENTRO-FIXATION DE L'UTÉRUS POUR RÉTROFLEXIONS OU PROLAPSUS DE L'ORGANE. — ENTÉROPTOSE ET DILATATION DE L'ESTOMAC. — LA MAGISTRATURE ET L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — LA QUESTION DU RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DEVANT LE CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

D'après le fait communiqué par M. Le Roy de Méricourt à l'Académie de médecine, la contagion de la lèpre serait démontrée, puisque la maladie eerait inoculable. En effet, le condamné à mort hawaïen, dont la peine avait été commuée dans un intérêt scientifique, et à qui l'on avait inoculé la lèpre le 5 novembre 1885, aurait été tronvé, trois ane après, présentant des signee nombreux et caractéristiques de la lèpre tuberculeuse. Malbeureusement, la lèpre est endémique aux îles Hawaï, et, en debors de l'inoculation qu'il a subie, le régime de la prison a pu favoriser, chez le sujet de l'expérience, l'évolution d'une disposition héréditaire. On ne saurait donc rien conclure de ce seul fait, quelque intérêt qu'il présente, et l'on ne peut que s'associer aux réserves formulées par M. Le Roy de Méricourt.

— En attendant que l'étiologie du tétanos vienne à l'ordre du jour de l'Académie de médecine, la question s'agite au sein d'autres sociétés savantes. Dans une intéressante communication faite à la Société de médecine de Paris, M. Abadie, se fondant sur plusieurs faits, a émis l'opinion que l'agent du tétanos est un microbe qui trouve dans le fumier un milieu favorable à son développement. En recherchant avec soin les conditions dans lesquelles se manifestent des cas de tétanos, on trouverait, suivant lui, dans un voisinage plus ou moins rapproché, du fumier ayant servi comme de milieu de culture à l'agent infectieux. L'origine équine du tétanos ne serait ainsi qne relative : le cheval serait, non *tétanigène*, mais *tétanifère*, ayant plus que tout autre animal l'aptitude à contracter la maladie, et par suite l'occasion de la transmettre.

Des recherches de MM. Morean, Magneron et Doussin, communiquées à la Société de biologie, ont conduit ces observateurs à une opinion à peu près analogue ; seulement, ce n'est plns spécialement le fumier, mais le sol en général, qui serait le grand collecteur des germes tétaniques, en fournissant à ces germes les conditions d'bumidité et de température propres à leur évolution, parfois à l'exaltation de leur virulence.

Nous nous bornons à enregistrer ces opinions, que nous examinerons plus tard, à propos de la discussion dont l'Académie est saisie.

— M. Terrier a communiqué à la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE le résultat d'une opération qu'il est le premier à avoir pratiquée

en France : la fixation de l'utérus à la paroi abdominale pour remédier au prolapsns de cet organe ; ce résultat a été des plus satisfaisants.

De la discussion qui a suivi la communication de M. Terrier, il résulte que la ventro-fixation ne conviendrait qu'à certains cas bieu déterminés de prolapsus, ceux, par exemple, qni, graves, rebelles, ne se compliquent de cystocèle, de rectocèle, ni d'hypertrophie sous-vaginale du col.

Dans une revue fort intéressante suscitée par cette communication et pnbliée dans le BULLETIN MÉDICAL, M. Verchère relève le nombre des opérations d'*hystérorrhaphie* ou de *ventro-fixation de l'utérus* (nous croyons, avec M. Pozzi, que ce dernier terme est meilleur) pratiqnées à l'étranger on en France, pour combattre, soit des rétroversions, soit le prolapsus. Sur ce nombre, qui est de 44, le chirurgien s'est proposé 40 fois de redresser l'utérus rétroversé ou rétrofléchi, et 4 fois senlement de remédier au prolapsns. M. Terrier sons ce dernier rapport, a eu pour devanciers Brennecke (de Magdebourg) et John Philips, chirurgien anglais.

Le mode de fixation de l'utérus à la paroi abdominale a varié suivant lee cas et selon les opérateurs ; M. Verchère décrit quatre procédés : « 1° ablation des deux ovaires et des annexes, et suture d'un ou des deux pédicules à l'incision abdominale ; 2° suture dee deux ligaments ronds en les faisant passer obliquement au-devant de l'utérus et en les nnissant à la plaie de la paroi ; 3° suture passant dans l'épaisseur même de la face antérieure de l'utérus (hystérorraphie vraie ; procédé de Léopold et de Terrier) ; 4° ablation des annexes d'un seul côté seulement, et suture par insertion du pédieule dane l'incieion abdominale. »

La ventro-fixation de l'utérus paraît avoir donné d'exellents résultats aux divers chirurgiens qui l'ont pratiquée. Elle est toutefois trop récente pour pouvoir être actuellement l'objet d'un jugement définitif.

— La dilatation de l'estomac, de M. Bouchard, rencontre une concurrente, on pourrait dire une rivale, dans l'*entéroptose*, de M. Léonard ; c'est ce qui ressort de la commnnication de M. Féréol à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. Cette rivalité s'explique d'autant mieux que, d'après M. Glénard, la dilatation de l'estomac se rencontrerait toujours, au bout d'un certain temps, dans l'entéroptose. Si l'on songe, d'autre part, que, dans les cas dont il s'agit, le nervosisme, ainsi que l'a rappelé M. Siredey, joue un rôle important et que parfois, souvent même, puisque ce serait dans la moitié dee cas, la néphroptose joindrait les malaises qu'elle entraîne à ceux de l'entéroptose, on voit qu'un diagnostic précis présente d'assez sérieuses difficultés, et qu'il n'est pas non plus facile de faire la part exacte de chacune de ces lésions on déviations organiques.

Qnoi qu'il en soit, quand des troubles dyspeptiques et neurasthéniques se montrent rebelles, et ces cas ne laissent pas d'être extrêmement nombreux, le traitement formulé par M. Glénard s'impose désormais à l'attention du praticien.

— Un fait assez curieux, qui vient de se passer devant le tribunal correctionnel de Saint-Etienne, montre les dispositione de la magistrature à l'égard de la médecine et l'inanité des poursuites dirigées contre l'exercice illégal de la médecine, poursuites qni ont plns pour effet de favoriser celui-ci que de le réprimer.

Un vieillard hindou arrive à Saint-Etienne, accompagné d'un barnum qui hat de la grosse caisse autour de lui, faisant savoir *urbi* et *orbi* qu'il guérit les maladies des yeux et pratiqne toutes les opérations que ces maladies nécessitent. Naturellement les malades affinent et, naturellement aussi, les cures merveilleuses se multiplient. Les médecins de Saint-Etienne ont l'inconvenance d'intenter des poursuites contre ce confrère improvisé, et Ali Bnghera, c'est son nom, est appelé à comparaître devant le tribunal correctionnel pour exercice illégal de la médecine. Les témoins attestant les susdites cures merveilleuses affluent ; Ali Bnghera a *guéri* tous les *incurables* qui se sont adreseés à lui ; anssi, en attendant de le juger, un membre du tribunal prend-il son adresse : on ne sait pas ce qui peut arriver. Le ministère public à son tour commence par témoigner see regrets d'avoir à poursuivre ; mais la loi existe, *dura lex*, et il est chargé de la faire observer ; il requiert donc nne condamnation, et Ali Bughera est condamné à *3 fr.* d'amende, avec tous les honneurs du procès. On peut dire qu'il n'a pas payé cher nne réclame dont il n'a sans doute pas tardé à recueillir les fruits.

Pendant ce temps, la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, qui nous est promise depuie M. de Salvandy, est remise de législature en législature, et le sera ainsi sans doute durant de longues périodes législatives.

Décidément, les médecins sont naïfs d'attendre qnoi que ce soit des pouvoirs publics. Ils feraient mieux de ne compter que sur eux-mêmes, et ils ont une arme puissante pour lutter : l'Association ; ils l'oublient trop souvent.

— La nomination au concours des médeeins dee bnreaux de bienfaisance est sérieusement menacée. Il serait question, au sein du Conseil municipal, de confier les eoins à domicile des malades indigents à tous lee médecins qui s'inscriront aux mairies pour ce service. Le malade indigent choisira parmi eux le médecin qui aura sa confiance, et les honoraires seront répartis au prorata du nombre des visites.

Suivant un autre projet, qui tient un pen plus compte des exigences du budget de l'Assistance publique, le concours serait maintenu ; seulement il y aurait, pour une même circonscription, plusieurs médecins, entre lesquels chaque malade aurait le droit de choisir.

Mais le Conseil municipal semble avoir fait un premier pas vers l'adoption du premier projet, en votant la proposition suivante relative à la distribution gratuite des médicaments aux indigents :

« M. le Directeur de l'Assistance publique est invité à prendre les mesures nécessaires pour qu'à l'aveuir les médicaments prescrits à des malades indigents n'appartenant pas aux bureaux de bienfaisance soient délivrés par les maisons de secours ou par les pharmaciens dans les mêmes conditions que s'ils étaient prescrits par les médecins attachés à ce service.

« A cet effet, il sera remis aux médecins qui se seront fait inscrire à la mairie et qui auront été agréés, des feuillee de prescriptions.

« Les médicaments prescrits ainsi seront délivrés gratuitement aux malades indigents, sur la présentation de leur carte, et au cas spécial où le médecin du bureau de bienfaisance ne pourra pas faire son service, c'est-à-dire en cas d'urgence. »

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

Le banquet de l'Université de Lyon. — L'Université lyonnaise, qui existe de fait, en attendant sa consécration officielle, a fêté son organisation par un banquet qui ne réunissait pas moins de cent convives. Autour du Président, M. Caillemer, doyen de la Faculté de droit, avaient pris place le recteur, les professeurs, les agrégés et les préparateurs des quatre Facultés. Des toasts ont été naturellement portés à l'avenir, à la prospérité de la jeune Université. Sur la proposition de M. Lépine, il a été décidé de constituer, pour aider à son progrès, une Société lyonnaise des Amis de l'Université; il reste à en étudier l'organisation.

— Une ambulance improvisée. — Les bons exemples sont rares, aussi méritent-ils d'être enregistrés. Trois allemands nomades sont trouvés dans leur petite voiture atteints de variole aux environs de Commercy. Que faire? Les laisser dans leur méchant véhicule, en plein champ, c'est les vouer à une mort à peu près certaine. Les introduire en ville, c'est risquer d'y créer un foyer et d'y semer la contagion. Le sous-préfet et le maire ont alors l'heureuse idée de faire immédiatement construire sur place une baraque en planches où les malades, suffisamment protégés contre les intempéries, reçoivent les soins nécessaires.

— Hôpital Verdi. — La Riforma medica annonce l'ouverture à Villanova (Plaisance) d'un hôpital que le musicien Verdi a fait construire pour les pauvres et qui lui a déjà coûté 100,000 livres. Il n'y a encore que 14 lits; mais ce chiffre va prochainement augmenter, car l'illustre maëstro tient à ajouter à sa gloire artistique le mérite de la bienfaisance.

— Université de Lausanne. — Le Grand-Conseil du canton de Vaud a récemment décidé la création d'une Université à Lausanne, puissamment aidé dans cette circonstance par la générosité d'un citoyen opulent, M. Rumaise, qui a légué à l'Etat de Vaud une somme d'environ 3 millions, en spécifiant qu'elle serait intégralement employée pour le développement des hautes études. La Faculté de médecine est préparée par l'excellent personnel et les matériaux cliniques des hôpitaux de la ville et par la création, depuis 1884, d'une Ecole préparatoire annexée à la Faculté des sciences.

Le choléra a Valparaiso; mesures sanitaires. — Le ministre de la marine et des colonies porte à la connaissance des navigateurs que, d'après une communication du vice-consul de France au Callao, le choléra a fait son apparition à Valparaiso (Chili).

Le gouvernement péruvien a fait prévenir les agents des compagnies de navires à vapeur qu'ils sont tenus d'avoir un médecin à bord de leurs navires venant du Chili. Il a, de plus, donné des ordres aux présidents des comités de santé du littoral, pour surveiller ces navires et prendre des mesures sanitaires, dans le cas où il se présenterait à leur bord quelques cas suspects de maladie contagieuse.

En outre, le gouvernement français a prescrit des mesures très rigoureuses pour l'arrivage des navires de cette provenance, dans les ports d'Ajaccio, Nice, Toulon, Marseille, Cette, Pauillac, Saint-Nazaire, Brest, Cherbourg, le Havre, Dunkerque et les ports de l'Algérie.

De son côté, le gouvernement espagnol à organisé un cordon sanitaire autour des îles Canaries.

Le Portugal a pris également des mesures prophylactiques à Madère et à Saint-Vincent.

Des mesures analogues sont prescrites à Gibraltar.

— Le choléra sévit actuellement à Pékin, affectant le même caractère que celui qui a régné auparavant à Tientsin. L'épidémie a fait son apparition dans la capitale un mois après avoir éclaté à Tientsin et depuis peu de temps seulement elle affecte un caractère grave.

Des affiches jaunes placardées dans toute la ville, annoncent que les pharmacies délivrent des médicaments gratuits.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Cours libres autorisés pour le premier semestre de l'année scolaire 1888-89 par le Conseil général de Facultés, le 23 juillet 1888 :

MM. les docteurs Auvard (grossesse, accouchements, suites de couches, pathologie obstétricale, opérations obstétricales) : Mardi, jeudi et samedi, à 4 h., amphithéâtre n° 3; ouverture du cours, mardi 8 janvier. — Berthod (accouchements, dystocie, opérations) : Lundi et vendredi à 8 h., amphithéâtre no 2; ouverture du cours, lundi 12 novembre. — Bottey (hydrothérapie médicale) : Lundi et vendredi, à 5 h., amphithéâtre no 2; ouverture du cours, lundi 7 janvier. — Bouloumié (thérapeutique hydrominérale) : Mardi et samedi, à 5 h., amphithéâtre no 2; ouverture du cours, mardi 20 novembre.

MM. les docteurs Calmettes (maladies de l'oreille) : Lundi et vendredi, à 8 h., amphithéâtre no 1; ouverture du cours, vendredi 16 novembre. — Chervin (troubles de la parole) : Mercredi, à 5 h., amphithéâtre no 2; ouverture du cours, mercredi 28 novembre. — Crouzat (manœuvres et opérations obstétricales) : Lundi, mercredi et vendredi, à 6 h., amphithéâtre no 3. — Despagnet (ophtalmologie pratique, pathologie du fond de l'œil) : Jeudi et samedi, à 5 h., amphithéâtre no 2; ouverture du cours, jeudi 22 novembre. — Dubuc (pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire) : Lundi et mercredi, à 5 h., amphithéâtre no 1; ouverture du cours, lundi 19 novembre. — Duchastelet (Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire, anatomie chirurgicale de cet appareil) : Ouverture du cours, première semaine de janvier.

MM. les docteurs Durand-Fardel (les eaux minérales et les maladies chroniques) : Mardi, jeudi et samedi, à 5 h, amphithéâtre no 3; ouverture du cours, samedi 2 février. — Fauconnier (chimie biologique) : Samedi, à 3 h., amphithéâtre no 1; ouverture du cours, samedi 10 novembre. — Galezowski (de l'influence de la syphilis sur les affections oculaires) : Mardi, à 8 h., amphithéâtre no 2; ouverture du cours, mardi 13 novembre. — Gillet de Grandmond (médecine opératoire oculaire, exercices pratiques) : Lundi et vendredi, à 8 h., amphithéâtre no 3; ouverture du cours, vendredi 16 novembre. — Gorecki (maladie des yeux, cours complet) : Lundi et vendredi, à 6 h., amphithéâtre no 1; ouverture du cours, lundi 17 novembre. — Hoaran (résections, exercices) : Mardi et jeudi, à 4 h., amphithéâtre no 1; ouverture du cours, jeudi 15 novembre. — Lutaud (gynécologie opératoire, exercices pratiques) : Mardi, jeudi et samedi, à 4 h., amphithéâtre no 3; ouverture du cours, mardi 15 janvier.

MM les docteurs Picart (maladies de l'appareil urinaire) : Mardi et samedi, à 5 h., amphithéâtre no 1; ouverture du cours, mardi 13 novembre. — Roussel (thérapeutique directe par la transfusion, par l'infusion et par l'injection; exercices pratiques) : Mardi, jeudi et samedi, à 8 h., amphithéâtre no 3; ouverture du cours, mardi 15 janvier. — Tissier (accouchements). — Tuffier (maladies chirurgicales de la tête, de la colonne vertébrale, du cou et du thorax) : Lundi, mercredi et vendredi, à 5 h., amphithéâtre no 3; ouverture du cours, lundi 12 novembre. — Villar (pathologie chirurgicale : chirurgie des organes génitaux de la femme) : Lundi et vendredi, à 6 h., amphithéâtre no 2; ouverture du cours, lundi 12 novembre.

— *Concours d'agrégation.* — MM. les candidats dont les noms suivent sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui

s'ouvrira à Paris le 15 décembre 1888 pour onze places d'agrégés des Facultés de médecine (section de médecine : pathologie interne et médecine légale) :

Académie de Bordeaux. — MM. les docteurs Davezac, Mesnard et Suzanne.

Académie de Lyon. — M. le docteur Audry.

Académie de Montpellier. — M. le docteur Sarda.

Académie de Nancy. — M. le docteur Colin.

Académie de Paris. — MM. les docteurs Babinski, Balzer, Barth, de Beurmann, Bourcy, Brault, Chantemesse, Charrin, Combemal, Cuffer, Gaucher, Gilbert, Grenier, Gueit, Jeannel, Juhel-Renoy, Letulle, Marfan, Marie, Martin, Mathieu, Morel, Netter, Richardière, Roques, Royer, Talamon et Vibert.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La cinquième conférence annuelle Broca aura lieu le jeudi 13 décembre 1888, à 4 heures de l'après-midi. Elle sera faite par le docteur J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine, qui traitera les sujets suivants : *Les centres nerveux sensitivo-moteurs. — Le lobe et les centres olfactifs.*

On peut se procurer des cartes d'entrée au siège de la Société.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 18 AU SAMEDI 24 NOVEMBRE 1888

Fièvre typhoïde 12.— Variole 3.— Rougeole 20.—Scarlatine 4. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup, 27. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 184.— Autres tuberculoses 13. — Tumeurs : Cancéreuses 32. — Autres 4. — Méningite 21. — Congestion et hémorr. cérébrales 42. — Paralysie 6.— Ramollissement cérébral 5.— Maladies organiques du cœur 40.—Bronchite aiguë 16. — Bronchite chronique 29. — Broncho-pneumonie 18.— Pneumonie 45. — Gastro-entérite : Sein 10. — Biberon 37. — Antres 4. — Fièvre et périt. puerpérales 0. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale 19. — Sénilité 24. — Suicides 6. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 164. — Causes inconnues 8. — Total de la semaine: 806 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix: 2 fr.50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La Bourboule actuelle, par le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite, médecin consultant à la Bourboule. Nouvelle édition. — 1 vol. de 330 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires, rédigé sous la surveillance de la commission d'hygiène hippique et publié par ordre du Ministre de la Guerre, 2e série, t. XII. Un volume in-8o de 500 pages avec une planche hors texte —Paris, librairie militaire de L. Baudoin et Cie, 30, rue et passage Dauphine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 49 8 DÉCEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE**;
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : 53**, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE

DE LA VENTRO-FIXATION DE L'UTÉRUS OU HYSTÉROPEXIE CONTRE LA RÉTROFLEXION ET LE PROLAPSUS, par le docteur S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Lourcine-Pascal (1).

M. le docteur Picqué a communiqué à la Société de chirurgie la relation de la première tentative faite en France depuis l'observation ancienne et un peu oubliée de Kœberlé pour guérir une rétroflexion de l'utérus en fixant l'organe aux parois de l'abdomen. Cette opération qui, sous les noms plus ou moins barbares de *ventro-fixation, gastro-hystérorrhaphie, gastro-hystéro-synaphie* (auquel M. le professeur Trélat préfère celui de *hystéropexie*), a fait récemment son apparition dans la thérapeutique chirurgicale, soulève de nombreuses questions au point de vue de sa légitimité, de son opportunité, dans les rétroversions utérines, et de son extension possible au traitement du prolapsus.

Une importante observation de M. Terrier, relative à cette dernière indication, s'ajoutant récemment à celle de M. Picqué, vient donner à la Société de Chirurgie l'occasion de se prononcer sur ces divers points. Je ne crois pas dépasser les limites de mon rôle de rapporteur, en faisant suivre l'analyse du fait qui vous est soumis de rapides considérations sur un sujet encore peu connu.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une malade de 32 ans, entrée le 2 août 1888, à l'hôpital temporaire Pascal, salle A, no 2. Deux enfants, le dernier il y a 9 ans. Depuis 6 ans, douleurs survenant au moment de la marche, qu'elles rendent de plus en plus pénible.

Il y a 4 ans, poussée aiguë au moment des règles ; la malade garde le lit 3 semaines. Depuis lors les douleurs continuent et s'aggravent. Un pessaire est en vain appliqué en 1887, puis en 1888.

Au toucher on constate l'intégrité du col ; la palpation bi-manuelle permet de sentir et de limiter le fond de l'utérus en rétroflexion à angle très aigu. On trouve au cathétérisme 7 cent. 1/2.

L'examen de la région des annexes ne révèle rien d'anormal.

On essaie de réduire l'utérus en plaçant la malade dans la position génu-pectorale et en exerçant des pressions directes ; on provoque de la douleur sans réduction appréciable de la déviation.

M. Picqué entreprend alors un traitement basé sur le plan suivant : Corriger la rétroversion par des séances successives de réduction avec le redresseur du professeur Kélit ; enfin fixer plus tard l'utérus réduit à l'aide de l'opération Alquié-Alexander. Nous allons voir comment il fut amené à modifier ce plan et à pratiquer la laparotomie.

La dilatation avec les bougies de Hegar permit d'introduire immédiatement le redresseur du professeur Trélat. Le mouve-

(1) Rapport fait à la Société de Chirurgie, sur une observation communiquée par M. le docteur Picqué, intitulée : « Rétroflexion utérine irréductible ; opération d'Olshausen ; guérison ».

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite et fin. — Voir les numéros 39, 40, 41, 45, 47 et 48.

XVII-XVIII et XIX. Tours a été dans notre siècle une ville privilégiée au point de vue médical. Nous venons de parler de Moreau qui en fut une étoile, mais une étoile de seconde grandeur en quelque sorte pour la masse des médecins, puisqu'elle ne brilla que sur un coin de notre domaine, coin resté trop petit jusqu'à nos jours, et que Moreau n'a pas peu contribué à étendre.

Mais Bretonneau, Trousseau, Velpeau ! Voilà trois grandes étoiles, trois soleils qui se sont levés dans la même ville et que Tours a honorés l'an dernier dans une même cérémonie, cérémonie mémorable entre toutes !

Le médecin en chef de l'hôpital, professeur de clinique à l'Ecole de médecine, le docteur Duclos, ancien élève de Bretonneau, a célébré la mémoire de son maître dans un discours très remarquable (1). Remarquable à bien des points de vue, car il a parlé non seulement en médecin philosophe, mais aussi en lettré, et presque en poète, dirais-je volontiers. Quelle hauteur d'aperçu, quel charme dans son style, quelle justesse dans ses appréciations!

Après l'éloge du maître est venu l'éloge de son élève favori, de Trousseau, qui fut à son tour un grand maître et dont l'influence n'a pas peu contribué à faire rejaillir sur Bretonneau un rayonnement qu'il dirigeait volontiers sur cet initiateur. C'est à M. Peter que revenait de plein droit l'honneur de dire ce qu'avait été Trousseau (2).

Si Trousseau avait été pour Bretonneau son élève de prédilection, le professeur Peter se trouvait dans les mêmes conditions vis-à-vis de Trousseau. Il avait non seulement approché, apprécié, son maître; il en avait reçu de nombreux témoignages d'estime et d'amitié. Il l'aimait à son tour et le vénérait Il n'a pas eu de

(1) Brochure in-8o de 24 pages. — Tours, imprimerie Deslis frères.

(2) Brochure in-8o. — Paris, Asselin et Houzeau.

ment de circumduction nécessaire pour redresser l'utérus, ajoute M. Picqué, était extrêmement pénible, surtout lorsqu'on exécutait les mouvements de gauche à droite. Les premières séances se firent d'abord tous les deux jours, mais la sensibilité de la malade s'exagérant, le chirurgien ne la fit plus que tous les trois jours. Pendant les 15 premiers jours, les progrès du redressement furent lents, quoique sensibles. Au bout de ce temps ils s'accentuèrent davantage. Lorsque pendant les manœuvres on venait à placer un doigt dans le cul-de-sac postérieur, on sentait le col se redresser; toutefois le fond de l'utérus sur lequel l'appareil avait moins de prise restait toujours en arrière, Au bout de trois semaines, le redressement était très notable, mais le fond de l'utérus, plus douloureux que par le passé, restait toujours rétrofléchi sur la portion du corps relevée, et les progrès sont restés dès lors presque stationnaires.

Avant d'aller plus loin je dois faire remarquer que les précautions les plus minutieuses de l'antisepsie avaient été observées et que la malade était restée constamment apyrétique.

Antisepsie vaginale; injections intra utérines avant et après la séance; maintien d'un tampon de coton iodoformé sur le col entre les séances. Je ne parle pas de toutes les précautions générales de l'antisepsie qui sont observées scrupuleusement à l'hôpital Pascal. J'ajouterai enfin que pendant les manœuvres, le col était maintenu à la vulve à l'aide d'une pince de Museux et que l'abaissement de l'utérus se faisait avec la plus grande facilité.

Dans les premiers jours de septembre la température, qui était restée constamment normale, monta à 38° le soir. L'introduction du redresseur le lendemain fut douloureuse; la pression sur le fond de l'utérus était extrêmement sensible. Les séances furent suspendues pendant quelques jours et la température tomba. Sur ces entrefaites la malade voulut quitter l'hôpital le 8 septembre malgré nos conseils. Elle resta chez elle 3 jours, et le 11 septembre elle rentra dans nos salles. Elle nous avoua qu'en revenant chez elle, elle se sentit souffrante, éprouva quelques frissons et fut obligée de se coucher. A son retour, elle paraissait fatiguée, et ne marchait plus qu'en traînant la jambe, ce qu'elle ne faisait pas autrefois. A l'examen nous constatons que l'utérus est revenu presque à son ancienne position ; son fond est toujours très douloureux ; de plus on trouve dans le cul-de-sac latéral gauche un empâtement formé par la trompe dilatée et douloureuse ainsi que le démontrait le toucher rectal et vaginal combinés.

Dans ces conditions, je me décidai à abandonner les tentatives de redressement; de plus, ce retour si rapide de l'utérus à son attitude vicieuse primitive me fit admettre une tendance considérable à la rétraction des adhérences distendues par les manœuvres mais non complètement détachées; dès lors le raccourcissement des ligaments ne pouvait guère fournir dans ces conditions un soutien suffisant à l'utérus. Je me décidai en conséquence à pratiquer la ventro-fixation, opération qui me permettrait, en fixant l'utérus à la paroi, de détacher complètement les adhérences et d'examiner la trompe du côté gauche.

L'opération fut pratiquée le 29 septembre 1888. Jusqu'à ce moment je me bornai à pratiquer des injections intra utérines avec une solution phéniquée à 1 0/0 et à rendre le vagin parfaitement aseptique à l'aide de tampons iodoformés.

Manuel opératoire : Je pratiquai sur la ligne mediane, à égale distance de l'ombilic et du pubis, une incision de 6 à 7 centimètres. Rien de spécial à noter jusqu'à l'ouverture de la cavité péritonéale. Je procédai alors à l'exploration de l'utérus et de ses annexes. Il existait entre la face postérieure de l'utérus et la face correspondante du rectum, des adhérences de trois ordres : 1° au niveau du fond de l'utérus des adhérences filamenteuses reliant les deux faces opposées à la manière d'un réseau, qui furent faciles à rompre; 2° vers le milieu de la face postérieure, des adhérences également filamenteuses mais beaucoup plus résistantes; 3° enfin le fond du cul-de-sac était occupé par une large adhérence membraneuse reliant intimement les deux parties correspondantes de l'utérus et du rectum; celle-ci extrêmement résistante ne céda qu'après de longs efforts.

L'utérus mobilisé, j'examinai les annexes. La trompe droite était saine, je la laissai en place. La trompe gauche au contraire était grosse et dilatée dans toute son étendue; je l'attirai à l'extérieur avec l'ovaire, je liai le pédicule aussi près que possible de l'utérus à l'aide d'un fil de soie double et je pratiquai la resection de la trompe et de l'ovaire correspondant. Le pédicule fut cautérisé au thermo-cautère puis touché à la solution phéniquée forte, et réintégré dans la cavité abdominale.

Je me mis dès lors en demeure de pratiquer la ventro-fixation. A l'aide d'une aiguille fine munie d'un fil de soie, je passai tout d'abord un fil à travers le ligament rond du côté gauche puis à travers la paroi abdominale de façon à comprendre le péritoine, l'aponévrose et une partie de la couche musculaire. Un deuxième fil fut passé au dessous de ce ligament de la même façon à travers le ligament large profondément, puis enfin un troisième au dessous du deuxième.

Du côté droit, je ne plaçai que deux fils l'un à travers le ligament rond et l'autre au dessous.

Tous les fils ayant été placés, je procédai à la ligature après avoir mis l'utérus en bonne position de façon qu'il ne fut placé ni trop près ni trop loin de la vessie. Les fils liés, je lavai à grande eau la cavité péritonéale et je plaçai derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, un sac de gaze iodoformé selon le procédé de

---

peine à le faire aimer et vénérer de tous ses auditeurs et de tous ses lecteurs. Car, ayant pénétré plus que personne dans les replis de cette haute personnalité, le professeur Peter a pu nous montrer l'homme qui cachait sous des dehors sévères, rigides, une délicatesse de sentiments poussée à l'extrême.

Qu'on relise cette lettre aux éditeurs Baillière, qu'un journal italien, LE MORGAGNI, traduisait ces jours-ci, et l'on verra combien grand par le cœur fut Trousseau !

Mais voici que Velpeau a eu aussi son tour dans cette auguste et exceptionnelle cérémonie. Et c'est M. le professeur Guyon qui a retracé la vie de son maître (1). Quelle vie ! quels commencements, avec combien d'énergie il a dû lutter ce jeune villageois, aide-maréchal-ferrant, pour arriver, depuis la petite forge de son premier patron, à la chaire de professeur à la Faculté de médecine, en passant par l'Ecole de Tours, où il fut aussi l'élève de Bretonneau. Toutes les vicissitudes de cette vie, tous les efforts déployés, toute la ténacité d'un esprit d'élite et infatigable, M. Guyon nous montre cela dans son éloge; et, comme preuves à l'appui, il nous donne en appendice à la fin de sa brochure la liste vraiment étonnante des travaux publiés par ce grand travailleur que fut Velpeau. Il ne pouvait produire de plus beaux titres de noblesse pour son maître.

La Touraine était réputée comme le jardin de la France. Mais ce pays, on vient de le voir, ne porte pas seulement des arbres qui donnent de beaux fruits. Elle fournit aussi de grands médecins. Son terrain fait fructifier l'arbre de la science.

(1) Brochure in-8° de 52 pages. —Paris, typographie Chamerot.

XX. Les médecins de Vichy savent utiliser les loisirs que leur laisse l'exercice de la médecine thermale. M. le docteur Cornillon vient de publier le premier volume d'un ouvrage historique, important, bien que d'un intérêt un peu local. Il a entrepris d'exposer l'histoire du *Bourbonnais sous la Révolution française* (1).

Après un rapide exposé de ce qu'était au point de vue administratif le Bourbonnais avant 1789, M. Cornillon nous fait assister au mouvement qui accompagna la Convocation des Etats-Généraux.

(1) Un volume in-8° de 300 pages. — Vichy, imprimerie Bougarel, 1888.

Mikulicz, qu'a fait connaître en France mon maître M. Pozzi.

La paroi abdominale fut fermée à l'aide de fils de soie comprenant chacun toute l'épaisseur de la paroi et placés à un centimètre l'un de l'autre.

Pansement ordinaire : gaze iodoformée, ouate hydrophile recouverte d'ouate ordinaire, le tout maintenu par un bandage compressif.

Les suites opératoires ont été simples.

Quelques vomissements le premier jour mais qui ne se sont pas renouvelés. Les lanières de gaze indoformée sont retirées le deuxième jour, le sac iodoformé le quatrième jour.

Le 3 octobre, l'état général de la malade est excellent. Les points de suture ont été retirés le huitième jour ; quelques points ont suppuré d'où une légère désunion de la plaie à sa partie inférieure.

Le 17 octobre, jour où j'écris cette observation, la malade est guérie mais ne s'est pas encore levée. Il reste encore une petite plaie cutanée. L'utérus est toujours placé en antéversion.

A la suite de cette observation, M. Picqué se demande jusqu'à quel point les manœuvres réitérées de réduction n'ont pas été le point de départ de la pyosalpingite chez sa malade. Il est certain que, malgré les soins qu'on peut apporter dans l'entreprise, les violences auxquelles est soumise plusieurs fois par semaine une rétroflexion très résistante, sont de nature à transformer la salpingite catarrhale, compagne si fréquente de l'endométrite, en pyosalpinx. Il y a là un danger réel, qui doit rendre assez circonspect dans l'emploi réitéré des manœuvres de réduction, pour peu que l'utérus dévié s'y montre réfractaire.

Au cours de son opération, M. Picqué a pu vérifier la présence de trois sortes d'adhérences : les unes filamenteuses, faciles à rompre ; d'autres funiculaires, plus rigides, mais qu'on pouvait encore déchirer ; d'autres, enfin, membraneuses, reliant intimement l'utérus et le rectum à travers le cul-de-sac de Douglas effacé. Quand ces dernières existent, la réduction de la déviation est certainement au-dessus des ressources des manœuvres du redressement, qu'elles soient faites avec une sonde ou en s'aidant du doigt introduit dans la cavité interne, à la manière de Schultze.

Doit-on renoncer à redresser alors l'utérus et à porter remède aux accidents qui sont la conséquence de sa déviation ? Depuis que la laparotomie est devenue par elle-même une opération bénigne, il était naturel de penser à aller directement dans le péritoine rompre les adhérences et redresser l'utérus, pour le fixer ensuite en bonne position. De là est née l'hystéropexie ou ventro-fixation.

Dans le rapide historique que je vais retracer devant vous, je n'établirai pas tout d'abord, pour plus de simplicité, les catégories nécessaires basées soit sur les circonstances où elle a été faite, soit sur la nature de la déviation à laquelle on l'a appliquée. Mais j'indiquerai ensuite soigneusement ces différences en traitant des indications opératoires. En effet, il importe de ne pas mettre sur le même rang la fixation de l'utérus faite comme complément d'une laparotomie entreprise dans un autre but, et celle qui est accomplie de propos délibéré comme manœuvre unique spécialement destinée à redresser la matrice, indépendamment de toute autre lésion de cet organe ou des annexes. Enfin, on doit distinguer les ventrofixations faites pour rétroversion et pour prolapsus.

Historique. — La première opération de gastro-hystérorrhaphie appartient à Kœberlé (1). Le 27 mars 1869, dans un cas de rétro-flexion donnant lieu à des symptômes d'occlusion intestinale chronique, il incisa les parois abdominales, ramena l'utérus en avant, enleva un ovaire sain et sutura le pédicule au bord inférieur de la plaie.

Schrœder (2), quelques années plus tard, ayant à donner ses soins à une malade atteinte de rétroflexion compliquée de chorée symptomatique, et présentant aussi un petit kyste de l'ovaire, vit la rétroflexion et la chorée disparaître après l'ovariotomie et la fixation du pédicule à l'abdomen.

Lawson Tait (3), le 20 février 1880, fit la laparotomie sur

(1) Kœberlé. *Rétroversion de la matrice irréductible. Constipation opiniâtre suivie d'iléus. Gastrotomie et ovariotomie dans le but de fixer la matrice d'une manière permanente à la paroi abdominale. Guérison.* Bullet. de la Société de Chirurgie, 1877, p. 64.

Schrœder, qui cite l'opération de Kœberlé en s'en référant à Schetelig, dit « qu'il ramena l'utérus en avant et le réunit ainsi « qu'un pédicule de kyste ovarique au bord inférieur de la plaie ». (*Mal. des org. génit. de la femme*, trad. franç., p. 181). C'est une erreur, il n'y avait pas de kyste ovarique, la confusion provient du mot d'*ovariotomie* employé par Kœberlé.

(2) Schrœder. *Berl. klin. Woch.*, 1878, no 1.

(3) L. Tait. *The Pathol. and Treatm. of Diseases of the Ovaries*, 3e édit., p 94 et 96.

Il nous montre ce que furent les *Cahiers* du Bourbonnais, aussi bien ceux du Clergé et de la Noblesse que ceux du Tiers-Etat. Vient ensuite une série de Notices accompagnées de portraits sur les députés de cette Province aux Etats-Généraux.

Enfin la seconde partie de ce volume est consacrée à la vente des biens du Clergé et renferme bien des détails curieux et ignorés, appuyés sur des documents officiels.

La lecture de ce travail est facile ; le style en est net et d'une élégante simplicité. Il serait à désirer que chaque province trouvât dans le corps médical, parmi nos confrères qui n'exercent pas, ou exercent peu la médecine, des travailleurs suivant l'exemple de M. Cornillon pour fouiller les archives et reconstituer chacun de leur côté un coin de l'histoire du pays qu'ils habitent.

XXI à XXVIII. On a pu voir quelle variété de sujets peuvent aborder les médecins en dehors des objets ordinaires de leurs études ; et cependant nous aurions pu encore augmenter notre inventaire.

N'est-ce pas à un interne des hôpitaux de Paris, M. Marcel Baudouin, que nous devons un très instructif et important travail sur *l'Industrie de la sardine en Vendée* (1) ?

Ne pourrions-nous pas rappeler cette curieuse relation de la première excursion d'une caravane hydrologique dans les stations d'eaux minérales du centre de la France (2) ? L'idée même de ces caravanes mérite d'être signalée et encouragée. Car c'est en voyageant sur place, en comparant les stations, en entendant les médecins les plus autorisés de chaque établissement thermal exposer les indications comme les contre-indications des diverses sources, que les praticiens arriveront à bien savoir se diriger et à bien diriger leurs clients au milieu de ces nombreuses naïades qui cherchent à attirer les malades chacune de son côté. Les résultats de la première caravane, consignés dans un livre attrayant et rempli d'enseignements et de renseignements, permettent d'espérer beaucoup de cette initiative prise par la Société française d'hygiène.

(1) Brochure in-8o de 40 pages. — Extrait de la Revue scientifique du 26 mai 1888.

(2) Publiée par le docteur de Pietra-Santa et A. Joltrain. — Paris, 1888. Un vol. in-8o de 232 pages. Aux bureaux de la Société française d'hygiène, et chez Georges Carré, éditeur.

une femme souffrant d'une ovarite et d'une rétroflexion utérine que rien n'avait pu soulager. Il trouva les ovaires gros, mous, non kystiques, les enleva, et, en fermant la plaie abdominale, passa un point de suture à travers le *fond* de l'utérus qu'il fixa à la paroi. Une seconde opération analogue fut faite le 9 avril 1880. Les guérisons s'étaient maintenues en 1883.

Hennig (1), en 1881, fit la castration et comprit le ligament droit de l'ovaire et le ligament large gauche dans la suture des téguments contre une rétroversion rebelle.

Mais il n'y avait là que des faits isolés. Olshausen (2) a le premier systématisé l'opération dans un travail qui a été le point de départ de nombreuses tentatives. Il cite trois observations remarquables (la première seule est relative à une rétroflexion, les deux autres à un prolapsus). Il unit par plusieurs points de suture au crin de Florence (non résorbable) la partie des ligaments ronds et des ligaments larges immédiatement voisine des cornes utérines, avec la paroi abdominale, en prenant grand soin de sentir et d'éviter l'artère épigastrique. Dans un cas, il extirpa les ovaires chez la femme qui était voisine de la ménopause, mais il fait remarquer que ce complément de l'opération était purement contingent.

Dans la discussion qui, au Congrès où fut présenté la communication de Olshausen, suivit un mémoire de Fraenkel (3), de nouveaux faits furent cités, les uns appartenant à Bardenheuer (rapportés par Frank), les autres à Czerny. Bientôt après, Howard A. Kelly (4), de Philadelphie, publiait avec l'analyse partielle des travaux précédents, l'observation intéressante d'une rétroflexion guérie par l'ablation d'un ovaire et la fixation du pédicule à l'abdomen. L'autre ovaire avait été extirpé quelque temps auparavant par l'incision vaginale. Kelly publiait en même temps le résumé de deux faits inédits, castration avec suture des ligaments larges à l'abdomen, par Sænger.

Celui-ci a fait paraître plus tard (1) une étude très complète sur ce sujet avec la relation de 7 cas personnels. L'étendue de cette étude a même porté à tort quelques auteurs (M. Terrier entre autres) à donner à l'opération d'Olshausen le nom d'opération de Sænger.

Klotz (2), au mois d'octobre 1887, avait auparavant communiqué à la Société gynécologique de Dresde 17 cas de fixation d'utérus rétro-fléchi à la paroi abdominale par l'intermédiaire d'un pédicule formé par la trompe de l'ovaire. Léopold (3), un mois plus tard, présentait trois succès après fixation du fond même de l'utérus à la plaie abdominale.

M. Kelly (4), en Amérique, a fait paraître en mai 1888 un nouveau travail où il a rassemblé des faits restés inédits : 4 de P. Zweifel pour rétroflexion : (hystérorrhaphie sans castration), 1 cas de Staude pour rétroflexion : (hystérorrhaphie avec ablation d'un seul ovaire, le second n'ayant pu être extirpé à cause des adhérences).

Ces faits sont de véritables ventro-fixations. On ne peut mettre sur le même rang les opérations complémentaires faites au cours d'une autre opération. Brennecke (de Magdebourg), a fait la suture de la corne droite de l'utérus à l'abdomen au cours d'une ovariotomie (en 1883) pour remédier à un prolapsus (succès). Dans un second cas, pendant une ovariotomie, suture des deux cornes utérines contre un prolapsus (insuccès); nouvelle opération sur la même malade : suture du pédicule (ovarique) à la paroi abdominale (1885-1886). A l'ex-

(1) Hennig (de Leipzig), cité par Sænger, *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 2.

(2) Olshausen. *Ueber Ventraleoperationen bei Lage-anomalien* (59 Naturforscher Sammlung zu Berlin, 20 septembre 1886), analysé in *Centr. f. Gyn.*, 1886, p. 667. Le travail complet a été publié sous ce titre : *Ueber Ventraleoperation bei Prolapsus und Retroversio uteri. Cent. f. Gyn.*, 23 octobre 1886, n° 43, p. 698).

(3) Séance du 20 septembre 1886. (*Cent. f. Gyn.*, 1886, p. 685).

(4) Howard A. Kelly. *Hysterorrhaphy (Amer. Journ. of Obstetrics*, janv. 1887, vol. XX, p. 33.

Le travail de H. Kelly a été lu devant la Société Obst. de Philadelphie, le 14 novembre 1886 (*Amer. Journ. of Obst.*, vol. XX, p. 67), mais il n'a été publié qu'en janvier 1887, après de nombreuses additions tirées du mémoire d'Olshausen, qui avait *lu* publiquement le 20 septembre 1886 et publié dans le *Centralblatt* dès octobre 1886.

(1) Sænger. *Ueber operative Behandlung der retro-versio-flexio Uteri* (*Centr. f. Gynæk.*, 1888, nos 2 et 3).

(2) Klotz. Soc. gyn. de Dresde, 6 octobre 1887 (*Cent. f. gyn.*, 1888, n° 1, p. 11, et (*in extenso*) *Berlin. Klin. Wochensch*, 1888, n° 4). Pour la discussion soulevée à cette occasion entre Klotz et Sænger, voir *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 5, et *ibid.*, n° 7.

(3) Leopold. *Ueber die Annæhung der retroflektren Gebærmutter an der voderen Bauchwand.* Communiqué à la Soc. de Gyn. de Dresde, 3 novembre 1887. (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 11).

(4) H. Kelly. *Hysterorhaphy* (The americ. journal of med. science, 1888, p. 280).

Puis ce seraient des études climatologiques qui pourraient entrer aussi dans notre cadre : telles que la thèse de M. Conradin-Veraguth sur le climat de la Haute-Engadine (1); celle de M. J. Fortoul sur le climat et la pathologie de la Guyane et sur l'aptitude de l'Européen à vivre dans cette colonie (2), et la dissertation inaugurale du docteur Louis Catat, ancien enseigne de vaisseau, sur les *Froids polaires et leurs effets sur l'organisme* (3).

Puis encore, voici des relations de voyage, des contributions à la Géographie médicale, comme la thèse du docteur Louis Lota, intitulée : *Deux ans entre le Sénégal et le Niger* (4), et celle du docteur H. Le Moine (5), rapportant les *Observations médicales recueillies dans le cours d'une campagne au Gabon* (en 1886 et en 1887).

Il n'y aurait pas jusqu'à l'*Histoire des épidémies de l'arrondissement de Chaumont (Haute-Marne)* que nous a donné M. André Maliogre (1) qui n'eût pu rentrer dans notre cadre élargi !

Mais il faut savoir se borner. Nous nous arrêtons là.

Dr Albertus.

(1) Paris, 1887, 130 pages. — Imprimerie A. Davy.

(2) Paris, 1887, 102 pages. — Imprimerie A. Davy.

(3) Paris, 1887, 56 pages. — Imprimerie A. Davy.

(4) Paris, 1887, 76 pages. — G. Steinheil, éditeur.

(5) Paris, 1888, 52 pages. — Imprimerie A. Davy.

(1) Paris, 1887, 94 pages. — Imprimerie A. Davy.

— Par décret, l'importation en France et en Algérie de la saccharine et des substances saccharinées est interdite.

Cours. — M. le docteur Legroux, agrégé libre à la Faculté de médecine, a commencé le vendredi 7 décembre, à 8 h. 1/4, dans le petit amphithéâtre, des conférences de pathologie infantile (maladies du tube digestif, maladies de nutrition) et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

En outre, M. Legroux fera tous les mercredis, à 3 h. 1/2, à l'hôpital Trousseau, des conférences cliniques se rapportant aux sujets traités dans les leçons du vendredi, à la Faculté.

Visites le matin à 9 h., salles Bouvier et Lugol. — Consultations les mercredis et samedis.

ception peut être de cette dernière opération, ces faits n'ont rien de commun avec les hystérorrhaphies faites d'emblée et de propos délibéré. Elles sont du reste rapportées sans aucun détail et ont été communiquées de vive voix à Kelly comme de vagues souvenirs.

Werth (de Kiel), en 1887, faisant une castration pour remédier à des hémorrhagies, sutura les pédicules à la paroi, afin de guérir par la même occasion un prolapsus. En 1884, dans une autre ovariotomie pour un kyste dermoïde, Werth sutura l'utérus rétrofléchi *au péritoine de la vessie* par des sutures de soie. Ce n'est pas là une *ventro*, mais une *vésico-fixation!* on conçoit mal l'utilité de cette manœuvre étrange. Un cas de Weist (1), cité par Kelly, où il est dit qu'après l'ovariotomie on attacha le pédicule à l'abdomen pour guérir un prolapsus, rentre dans la classe des opérations fortuitee très différentes des véritables hystérorhaphies.

Kelly, dans le même mémoire, mentionne un fait de ventro-fixations fait par L. Tait et indiqué vaguement en quelques mots par le docteur Senn dans ses *Impressions de voyage médical en Europe* (2). Il est plus que probable qu'il s'agit d'un des cas publiés par L. Tait lui-même.

Tout récemment enfin Phillipe (3) a publié un fait de ventro-fixation pour prolapsus en Angleterre.

Schauta (4) a mentionné quatre observations de sa pratique.

En France, MM. Terrier et Picqué ont les premiers pratiqué l'opération : Terrier au mois d'août pour le prolapsus, et Picqué, pour la rétroflexion, au mois de septembre.

Si nous décomposons maintenant les diverses séries que je viens d'énumérer pour les classer en catégories, nous trouvons :

Laparotomies entreprises spécialement pour la ventro-fixation.

Kœberlé (1877), pour rétroflexion (1 cas).
Olshausen (1886), 1 pour rétroversion, 1 pour *prolapsus*.
Howard.-A.-Kelly (1886), rétroflexion (1 cas).
Brennecke, 1 cas douteux après ovariotomie et première fixation insuffisante, pour *prolapsus*.
Klotz (1887), 17 cas pour rétroversion.
Zweiffel, 4 cas pour rétroflexion.
Staude, 1 cas pour rétroflexion.
Léopold (1887), 3 pour rétroversion.
Schauta (1888), pour rétroversion (4 cas).
Phillips (1888), 1 ventro-fixation pour *prolapsus*.
Terrier (août 1888), 1 ventro-fixation pour *prolapsus*.
Picqué (septembre 1888), 1 ventrofixation pour rétro-flexion et pyosalpingite concomitante.

Nota. — Dans cette série, les seules ventro-fixations pour prolapsus appartiennent : à Olshausen, 1 ; à Terrier, 1 ; à Phillips, 1.

Des deux observations de Brennecke, l'une n'est qu'une manœuvre accessoire après une ovariotomie ; l'autre est douteuse, vu la manière vague dont elle est indiquée. On ne saurait donc la faire entrer en ligne de compte, surtout en oubliant l'observation fondamentale et initiale de Olshausen, comme l'a fait l'auteur d'un récent article de journal.

Ventro-fixation comme opération accessoire et complémentaire dans le cours d'une autre laparotomie.

Schrœder (1879), ovariotomie suivie de ventro-fixation pour rétroversion.
Lawson Tait (1880), castrations suivies de ventro-fixations pour rétroversions : 2 observations.
Hennig (1881), 1 cas.
Pozzi (1882), 1 cas (Je l'ai mentionné à la Société de chirurgie après la communication récente de M. Terrier) pour *prolapsus*.
Bardenheuer, 1 cas.
Czerny, 2 cas.
Olshausen (1886), 1 cas, ovariotomie suivie de ventro-fixation pour *prolapsus*.
Brennecke (1883-85-86), après ovariotomia, ventro-fixation pour prolapsus, 2 cas.
Werth (1887), ventro-fixation après ovariotomie : 1 fois pour *prolapsus*, 1 fois pour rétroversion (suture à la vessie qui ne mérite guère le nom de ventrofixation).
Weist, une ventro-fixation après ovariotomie (*prolapsus*).
Cas de L. Tait cité par Senn, douteux.

(A suivre.)

(1) Weist. *Pittsburg. méd. Review.*, vol. 1, n° 11, p. 280.
(2) D. Senn. *Four months among the Sungeons en Europe*, p. 51.
(3) Phillips. *The Lancet*, 20 octobre 1888. (On ventral fixation of the uterus for intractable prolapse).
(4) Schauta. *Prager med. Woch.*, 1888, n° 29. Analysé in *Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 45.

THÉRAPEUTIQUE & HYGIÈNE

Du traitement de la tuberculose pulmonaire. — Des sanatoriums. — Des avantages des climats tempérés ; par M. le docteur Onimus.

Os s'est beaucoup occupé depuis quelque temps des moyens de guérir la tuberculose pulmonaire par la méthode dite « du traitement hygiénique », dont le promoteur est le docteur Brehmer et, après lui, le docteur Deittveiler, directeur du sanatorium de Falkeinstein.

Nous devons à nos lecteurs de les mettre au courant de cette méthode et d'analyser les points importants de cette médication. Au surplus, cette étude montre une fois de plus combien l'enthousiasme est souvent facile et combien, en médecine surtout, on croit faire une découverte, alors qu'on ne fait qu'accentuer ou mettre en relief certains points qui étaient pratiqués depuis lougtemps.

On pourrait croire au premier abord, lorsqu'on parle d'une méthode nouvelle de guérir la phtisie, qu'il va être question de tuer le bacille, ou tout au moins d'en empêcher le développement, qu'on a trouvé l'agent antiseptique de ce microbe ou qu'on a découvert le vaccin qui préserve de cette contagion.

Il n'en est rien, et cette découverte récente, que le docteur Daremberg appelle complaisamment une révolution, consiste tout simplement dans l'emploi de l'hygiène comme méthode de cure.

Le mot révolution est un bien gros mot, et mon confrère, qui habite le Midi depuis plusieurs années, me paraît y avoir pris l'amour de l'hyperbole. Quoi qu'il en soit, je lui ferai remarquer que tout révolutionnaire a toujours eu des précurseurs, que ceux-ci presque toujours plus modestes, lui ont préparé les voies, que souvent le révolutionnaire heureux n'a fait que forcer, et même quelquefois que fausser, les idées de ses devanciers.

Cela est absolument vrai pour le traitement hygiénique de la phtisie pulmonaire, et nous ne devons pas oublier qu'ici, sur le littoral méditerranéen, les docteurs Bennett, Buttura, Farina et bien d'autres, ont depuis bien longtemps pratiqué ce que l'on enseigne actuellement. Seulement, ils n'avaient pas à leur actif le prestige de l'étranger, ni la mise en scène de procédés étranges. Mais les moyens qu'ils ont préconisés depuis de longues années, ceux que nous avons appris d'eux et que nous avons mis en pratique depuis que nous exerçons sur le littoral, sont, nous allons le voir, à peu de chose près les mêmes que ceux des docteurs Brehmer, Deittveiler, Driner, etc. Ils n'avaient pas l'établissement fermé, le sanatorium, mais cette différence, à notre avis, est souvent un avantage, comme nous essaierons de le démontrer.

« La révolution » de Brehmer et de ses imitateurs consiste à faire respirer aux malades le meilleur air possible et le plus longtemps, d'y joindre une alimentation substantielle et des pratiques hydrothérapiques. Jusqu'ici cela, certes, n'est pas bien nouveau, même l'emploi des douches, et la seule chose qui soit nouvelle, c'est d'enfermer les malades dans un sanatorium pour être sous la surveillance constante d'un médecin Le principe primordial de la méthode est le séjour dans un établissement fermé, exclusivement réservé aux phtisiques.

Nous ne voulons nullement contester la valeur de cette méthode, nous proclamons hautement au contraire qu'elle est excellente. Mais dans notre climat elle peut être surpassée, et il suffit pour cela de maintenir avec autorité les moyens hygiéniques que tout médecin sérieux doit savoir imposer. Il va sans dire qu'il faut placer le malade dans de bonnes conditions de séjour, et que la surveillance et la direction doivent être tout au moins assidues.

Posons nettement la question : Est-il préférable pour un phtisique de séjourner dans un sanatorium tel que ceux qui sont construits en Allemagne, en Suisse, en Hongrie, etc., ou est-il préférable, avec quelques modifications à ce qui existe actuellement, d'habiter les pays plus chauds, tels que le littoral méditerranéen (Afrique et Europe), Pau, Madère. etc. ?

Voyons les avantages et les inconvénients de ces divers séjours, au point de vue de l'hygiène du malade, car il est bien entendu que les médicaments sont dans cette question un élément négligeable.

Le système des sanatoriums est avant tout de faire rester les malades étendus en plein air. Ils restent couchés dans une longue galerie ouverte, sur des chaises longues, depuis le matin jusqu'à 5 heures du soir, pour les plus faibles, jusqu'à 10 heures pour les autres. Les fenêtres des chambres à coucher restent entr'ouvertes toute la nuit.

Ce moyen est pratiqué depuis longtemps par beaucoup de médecins du littoral, et, d'après nous, c'est la partie du traitement la plus importante. Il faut bien être persuadé pour pouvoir lutter contre les préjugés et les habitudes prises par les malades. Comme nous l'avons déjà dit ailleurs, le mérite des directeurs de sanatoriums c'est d'avoir imposé cette aération.

Mais dans quel pays ce moyen qui, après tout, offre quelques dangers, peut-il être mieux mis en pratique que dans un climat où il n'y a ni humidité, ni froid pendant la nuit.

On a beau vouloir séparer la question des climats de la question de l'air proprement dit, celle-ci dépend forcément des conditions climatologiques. Deittweiler a beau dire : « On ne vient pas dans mon établissement pour le climat, mais pour la cure », il n'en est pas moins vrai que la cure consistant dans la respiration d'air pur nuit et jour, cet air pur peut être donné plus aisément dans un climat tempéré que dans un climat froid ou humide.

Comme le dit fort bien le docteur Cazalis : « Un tuberculeux qui ne peut pas respirer continuellement un air pur ne guérit jamais ; un tuberculeux qui peut respirer à chaque instant un air pur peut guérir et guérit souvent. Or, dans le Nord, l'air est souillé par le brouillard, les fumées des foyers multiples, tandis que dans nos pays, où il n'y a ni brouillard, ni agglomération nombreuse, ni viciation de l'atmosphère d'aucune sorte, l'air respiré est d'une pureté absolue. »

Qu'est-ce qu'une longue galerie ouverte, où l'on est couché à l'abri du vent et de la pluie, à côté de ce qui peut donner au malade, dans le Midi, le *far niente* à l'ombre, en face d'une vue splendide qu'inonde la lumière !

Qu'est-ce que l'air pur que l'on peut donner ailleurs, à côté de celui qui nous arrive ici purifié, soit par la mer, soit par les montagnes. Cela est si vrai pour cette différence dans la pureté de l'air, que l'on peut presque dire que, dans nos régions, l'air est forcément pur et que les habitants ont beau n'avoir qu'une propreté sommaire et une hygiène publique et privée très défectueuse, les épidémies ne peuvent s'y acclimater, et aucune des affections dues à la viciation de l'air ne s'y propage. Dans les autres contrées, les foyers d'infection restent longtemps et amènent une grande mortalité, malgré des pratiques hygiéniques de premier ordre. Celles-ci sont une nécessité absolue pour les pays qui n'ont pas comme celui-ci la chance d'être placé entre de hautes montagnes et la mer, et, de plus, d'être exposés au soleil.

La question de température est de moindre importance, quoiqu'elle ait bien ses avantages, mais, par contre, un élément qu'il est impossible de remplacer dans les autres contrées de l'Europe, et qui est un vivificateur puissant et un purificateur sans pareil, c'est la lumière.

Je m'adresse à des savants, et je n'ai pas besoin d'insister sur l'influence des rayons directs du soleil, mais on ne se rappelle pas assez que la lumière a, sur tous les êtres vivants, une action distincte de celle de la chaleur.

De plus, la lumière, comme agent antiseptique, est un agent considérable et l'on connaît son action destructive des germes infectieux. M. Arloing a même démontré que la lumière tue les bactéries qui résistent à une température élevée.

Nous avons donc un puissant allié dans la lumière, et ici elle nous inonde, et c'est elle plus que la chaleur qui fait des cures. En voulez-vous un exemple remarquable. L'an dernier, chez un diabétique, qui avait eu un phlegmon diffus au cou, auquel il avait failli succomber, la plaie était arrivée à la grandeur d'une pièce de 5 francs et ne se cicatrisait que difficilement. Les différents pansements antiseptiques, l'iodoforme, etc., avaient été employés, et ce qui nous a le mieux réussi c'est, après avoir lavé la plaie et l'avoir séchée avec de la poudre d'amidon et de bismuth, de l'exposer pendant deux à trois heures aux rayons directs du soleil. Au bout de fort peu de temps, la guérison eu lieu.

On a, il est vrai proposé les éclairages artificiels, la lumière électrique plus ou moins intense, le jardin d'hiver, mais jamais on n'obtiendra les mêmes résultats. Il y aura tou-

jours la différence énorme qui existe entre les plantes de serre et les plantes élevées en plein air.

Pour l'hydrothérapie, il est certain qu'il est étonnant que dans nos régions les hôtels n'aient pas été construits avec une annexe importante où l'on puisse, sans sortir du bâtiment, trouver tout ce qui constitue les pratiques médicales de l'hydrothérapie. C'est, à notre avis, le grand avantage des sanatoriums. Mais c'est assez facile à établir, et cela une fois institué, nous sommes persuadé qu'un malade guéri dans nos régions, dans un établissement ouvert, est mieux guéri que celui qui a séjourné dans un établissement fermé.

En premier lieu, l'air n'est pas très bon au milieu de 100 à 150 malades, et la caserne ne vaut rien en aucune façon.

Puis, si pour quelques malades il faut un règlement rigoureux, une sorte de discipline militaire, si ces malades doivent être chaque jour et à chaque instant surveillés pour tous les détails de la vie, il y en a d'autres qui ont la volonté de suivre scrupuleusement les indications du médecin.

Pour ceux-ci même, il faut évidemment faire leur éducation, mais cette éducation est l'affaire d'un médecin qui s'occupe des détails. Il suffit pour chaque malade de placer à côté de lui une garde-malade intelligente, et, pendant une semaine environ, à chaque instant, et sans être attendu, de venir voir « ce qui se passe ».

(A suivre).

CLINIQUE CHIRURGICALE

A propos de quelques cas de réunion immédiate totale tentée d'emblée, par le docteur Galvani, chirurgien de l'hôpital d'Athènes.

L'application de la méthode antiseptique généralement admise aujourd'hui et presque universellement répandue, a suffisamment fait ses preuves et la confiance qu'on peut avoir en elle est assez grande, pour que les tentatives de réunion totale d'emblée de certaines plaies chirurgicales susceptibles d'une coaptation plus ou moins complète (et, dans cette catégorie, le plus grand nombre d'entre elles peuvent être classées), loin d'être taxées de témérité, puissent être plutôt considérées comme le complément de cette méthode.

Guidé par ces idées et encouragé par une courte visite que nous avons été à même de faire, dans le courant de l'automne, dans quelques hôpitaux du centre de l'Europe, où nous avons remarqué une tendance générale à la suppression plus ou moins complète du drain dans ces conditions, nous avons, dans une série d'opérations que nous avons eu à pratiquer dans le courant de l'hiver qui vient de s'écouler, complètement supprimé le drainage, en nous efforçant, tant par les procédés opératoires, choisis *ad hoc*, que par la multiplicité des sutures, de supprimer autant que possible les aides et d'affronter entre elles les surfaces cruentées.

Les principales de ces opérations se rapportent à des amputations de sein (4) avec curage de l'aisselle, lipomes du dos (2), vastes adénites des régions parotidiennes et sous-maxillaires (2) et à cinq amputations de membres, dont deux de cuisse et trois de jambe.

Les plaies provenant des amputations de membres étant considérées, à juste titre, comme les moins justiciables d'un traitement pareil, c'est sur elles que nous désirons attirer l'attention.

Dans le but d'obtenir la meilleure coaptation possible entre les surfaces cruentées et d'y laisser les moindres vides que possible, nous avons procédé, dans l'exécution de ces opérations, de la manière suivante :

Les procédés choisis pour les trois amputations de jambe, au tiers inférieur, furent les procédés à grand lambeau postérieur et petit antérieur; l'exécution, celle du professeur Verneuil. L'ischémie obtenue et des points de repère tracés à l'encre, au moyen du petit et long couteau dit à phalanges, la peau est sectionnée jusqu'à l'aponévrose; la rétraction de la peau bien effectuée, les chairs sont attaquées et sectionnées jusqu'au squelette, de façon que le plus de longueur possible soit contenu dans les lambeaux.

La section des os pratiquée et l'hémostase obtenue, les muscles des lambeaux opposés sont rapprochés et suturés au moyen de catgut fin et flexible, de façon à couvrir le plus complètement possible la surface de section des os. Ceci obtenu, une seconde rangée de fils, soit en catgut un peu gros, soit en soie phéniquée, rapproche et applique exactement les lambeaux l'un contre l'autre; enfin, une troisième rangée de fils plus fins et en soie phéniquée et très serrée complète la fermeture de la plaie.

De la même manière furent exécutées les deux amputations de cuisse au tiers supérieur. Le procédé mis en usage fut celui de deux lambeaux, antérieur et postérieur, ce dernier à peine un peu plus long, vu la rétraction plus forte des muscles de cette région.

Le pansement employé fut la gaze iodoformée et le coton hydrophile, parfois un sachet de charpie de bois au sublimé est ajouté, l'appareil est modérément serré et le membre est placé presque horizontalement d'emblée.

Toutes ces amputations ont été pratiquées sur des sujets jeunes. Des deux amputés de cuisse, l'un est âgé de vingt-quatre ans et l'autre de quinze, et des trois amputés de la jambe, une jeune fille de dix-neuf ans, un garçon de treize ans et le troisième de onze ans. Les maladies qui ont nécessité l'intervention étaient toutes de nature tuberculeuse.

La marche suivie par ces opérés a été des plus satisfaisantes, l'échelle thermométrique a rarement dépassé de quelques dixièmes de degrés la normale, plus rarement encore et pour quelques heures seulement d'un degré tout entier.

La levée du premier appareil se faisait le sixième ou le huitième jour, lorsqu'on enlevait le plus grand nombre sinon la totalité des fils. Au deuxième pansement, s'effectuant sept ou huit jours après, la guérison était définitive et, s'il n'y avait pas d'autre obstacle, le malade se levait pour la première fois.

De pareils résultats, dira-t-on, sont aujourd'hui devenus communs avec la méthode antiseptique bien appliquée, le drainage y compris. Nous croyons que, par la suppression du tube et au moyen de cette réunion totale et serrée, outre la rapidité de la guérison, on obtient des moignons dont la beauté et la régularité ne peuvent être obtenues avec l'usage du drain et qui peuvent être regardés comme l'idéal de la chirurgie dans ces cas particuliers.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SUR LES RÉSULTATS DE LA LARYNGOTOMIE. — Communication faite à la soixante-et-unième réunion des naturalistes et médecins allemands, par le docteur HOFFA. (*Therapeutische Monatshefte*, novembre, 1888, p. 498.)

Les questions afférentes à la chirurgie du larynx ont beaucoup occupé l'attention du monde médical, dans ces derniers temps. Deux surtout ont fait l'objet d'intéressantes controverses. La première est de savoir ce que valent au juste les différentes opérations plus ou moins radicales, au moyen desquelles certains chirurgiens prétendent obtenir des résultats très encourageants, dans les cas de cancer du larynx. L'autre est d'ordre plus général ; elle est relative à la valeur de la laryngotomie envisagée comme opération préalable, destinée à frayer vers le larynx une voie plus accessible que la voie naturelle. Pour certain clan de chirurgiens, la voie endo-laryngée ne mérite que l'abandon, et la laryngotomie est une opération à la fois sûre, facile et inoffensive. C'est ce dernier point qu'il s'agissait de tirer au clair.

Nous avons publié récemment, dans ce journal, une statistique très complète et la plus récente, concernant les résultats fournis dans le traitement des tumeurs malignes du larynx par les différents procédés opératoires. Comme pendant à ce document, nous allons donner la substance d'un travail analogue, relatif aux résultats fournis par la laryngotomie, dans le cours de ces dernières années.

Déjà, en 1878, M. P. Bruns (1) avait publié une statistique qui comprenait les principaux cas de laryngotomie pratiquée jusqu'alors. M. HOFFA n'a tenu compte, dans son travail, que des opérations pratiquées postérieurement à l'année 1878. Sa statistique comprend 104 cas de laryngotomie totale ; ces cas se décomposent ainsi, eu égard à la lésion qui a motivé l'opération :

54 cas pour cause de papillome.
18 » — tumeur maligne (16 carcinômes, 2 sarcômes).
13 » — corps étrangers.
19 » — rétrécissements (occasionnés par les adhérences membraneuses entre les cordes vocales, ou consécutifs à la fièvre typhoïde, à la syphilis, à la tuberculose, à la périchondrite).

La moitié environ des opérés étaient des enfants. Le nombre des sujets morts des suites de l'opération est de 4. La cause de la mort a été, une fois la diphtérie de la plaie, une fois la pyémie, deux fois un œdème pulmonaire consécutif à la pénétration du sang dans les poumons. M. Hoffa fait remarquer que les deux premières complications (pyémie et diphtérie) ne sont pas imputables à la laryngotomie considérée en elle-même ; que, de plus, elles peuvent être éliminées au prix de certaines précautions antiseptiques ; que, de même, la pénétration du sang dans les poumons est facile à éviter, aujourd'hui qu'on a pris l'habitude de tamponner le larynx, avant de porter l'instrument tranchant sur cet organe.

(1) P. BRUNS. *Die Laryngotomie zur intra-laryngealer Neubildungen*. Berlin, 1888. — A. Hirschwald, éditeur.

Défalcation faite de ces 4 cas, il en reste 100 qui, au point de vue du résultat opératoire immédiat, se sont tous terminés par la guérison, dans l'espace de dix à dix-huit jours. M. Hoffa se croit donc autorisé à conclure que la laryngotomie, considérée en elle-même, est une opération inoffensive, mais cela, bien entendu, à condition que l'opération soit faite avec stricte observance des règles qui ont pour but d'assurer l'asepsie. Il est démontré, en effet, que plus on remonte dans le passé, moins sont satisfaisants les résultats *quoad vitam*, donnés par la laryngotomie, ainsi que le démontrent les chiffres qui suivent :

La statistique	de Mackenzie accuse une mortalité de		8,33 0/0
—	de Durham	—	5,4 0/0
—	de Ziemssen	—	5 0/0
—	de Hüter et Bruns	—	3 0/0

Cette diversité de résultats est précisément imputable à ce que plus on remonte dans le passé, moins les opérateurs s'astreignaient aux précautions antiseptiques.

La vulgarisation des pratiques antiseptiques n'a pas seulement eu pour résultat d'abaisser le taux de la mortalité après la laryngotomie, elle a eu pour autre conséquence salutaire de supprimer la nécrose des cartilages. En effet, cette complication n'est pas survenue une seule fois dans les 104 cas qui composent la statistique de Hoffa. Or, Schüller avait démontré que lorsque, chez un animal, on sectionne un cartilage, avec un instrument parfaitement aseptique, la cicatrisation se fait sans complication.

M. Hoffa ne s'est pas occupé, dans sa communication, de l'influence que la laryngotomie exerce sur l'affection du larynx qui a motivé l'intervention opératoire. Par contre, il a fourni un certain nombre de renseignements relatifs aux suites prochaines et éloignées de l'opération.

Tout d'abord il annonce que, dans les cas où la laryngotomie a été pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, les fonctions du larynx se sont toujours rétablies intégralement.

Le même résultat n'a été obtenu qu'au prix d'un traitement complémentaire (cathétérisme du larynx), dans les cas où la laryngotomie a été pratiquée en vue de remédier à un rétrécissement. Dans les cas de tumeur, le résultat, après l'opération, a été variable ; tantôt il y a eu guérison complète, d'autres fois récidive. Les choses ne se passent ni mieux ni autrement à la suite d'une opération endo-laryngée, dans un cas de tumeur du larynx. A ce propos, M. Hoffa fait remarquer qu'en présence d'un malade porteur d'un néoplasme du larynx, le médecin sera toujours enclin à recourir d'abord à une intervention endolaryngée, tandis que le chirurgien n'hésitera pas à fendre le larynx, lorsqu'il éprouvera des difficultés pour reconnaître le siège ou la nature d'un néoplasme laryngé en explorant l'organe par les voies naturelles.

Toutefois, l'auteur se hâte d'ajouter que, même après la laryngotomie, on n'est pas certain de pouvoir extraire toutes les parties malades ayant pour siège le larynx. Sans doute, le regard trouve libre accès dans l'intérieur du larynx, à travers la solution de continuité, surtout quand, au besoin, on a fendu le cartilage cricoïde. Mais il peut se faire que de petites particules d'une tumeur bénigne échappent à l'inspection. En ce cas, ajoute M. Hoffa, on pourra toujours tenter d'extraire par voie endolaryngée les particules restantes, et, si cette tentative ne réussit pas, une seconde laryngotomie fournira le moyen d'atteindre le résultat voulu ; la statistique de l'auteur en renferme plusieurs exemples.

Voilà pour les tumeurs bénignes. En s'appuyant sur sa statistique, M. Hoffa prétend que dans les cas de tumeurs malignes des cordes vocales, la laryngotomie suffit pour donner la guérison, tant que le néoplasme est de petite dimension, tant que l'on peut opérer dans une zone de tissu sain. A ce propos, M. Hoffa cite les deux observations de Billroth, dont il a été question dans un précédent article : extirpation d'un carcinome des cordes vocales, pas de récidive au bout de deux ans trois quarts et de trois ans ; état satisfaisant de la voix. Il invoque aussi l'observation de Solis-Cohen : extirpation d'un épithélioma des cordes vocales ; vingt ans après, l'autopsie de ce sujet demontra qu'au siège de l'extirpation s'était reformé un tissu cicatriciel qui suppléait la corde vocale extirpée. Il va sans dire, ajoute l'auteur, qu'à une certaine période de la maladie, la laryngotomie ne saurait plus suffire pour assurer la guérison. Quant au reste, l'opération, considérée en elle-même, n'est pas plus grave dans les cas de tumeurs malignes que dans ceux de tumeurs bénignes.

La laryngotomie n'a pas non plus d'influence fâcheuse sur la fonction respiratoire, cela d'une façon générale. Toutefois, dans un certain nombre de cas, on trouve mentionné qu'à la suite de l'opération, les cordes vocales se sont soudées sur une certaine étendue, près de leur commissure antérieure. En outre, dans deux cas il a fallu pratiquer ultérieurement la trachéotomie et laisser une canule à demeure ; mais, dans ces deux cas, la muqueuse du larynx avait été extirpée dans une grande étendue.

Enfin, pour ce qui concerne l'influence de la laryngotomie sur les fonctions phonatrices, M. Hoffa rappelle que Bruns mentionnait dans sa statistique 18 cas avec conservation normale de la voix, et seulement 6 avec aphonie totale. Diefner a publié une statistique qui comprend 14 cas de laryngotomie ; dans 7 cas, la voix est restée normale et, une seule fois, l'opération a entraîné l'aphonie complète.

Les renseignements que M. Hoffa a recueillis sur 67 cas de laryngotomie portent que 40 fois la voix est restée normale, 22 fois elle est devenue rauque ou voilée, restant néanmoins perceptible, et 6 fois il y a eu aphonie. Ces résultats sont, en somme, meilleurs que ceux qui avaient été obtenus précédemment, ce que l'auteur attribue aux perfectionnements apportés à la technique opératoire.

Les chirurgiens s'appliquent aujourd'hui à inciser le cartilage thyroïde exactement le long de la ligne médiane, et à maintenir ensuite, par une suture appropriée, la position normale des cordes vocales. Que si, après la laryngotomie, on est obligé d'exciser un fragment plus ou moins considérable de corde vocale, l'altération de la voix qui peut en résulter ne saurait être imputée à l'opération préalable ; elle dépend uniquement du siège et de la nature de l'affection qui a nécessité une intervention opératoire.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution a l'étude de la migraine, par le docteur B. Archipoff. — Thèse de Paris, 1888.

Ce travail contient un tableau d'ensemble, succinct, mais bien présenté, de la migraine et de ses principales variétés. Ses symptômes y sont l'objet d'une analyse minutieuse qui a pour but de permettre le diagnostic différentiel entre la migraine et diverses céphalées symptomatiques. En effet, les céphalées qui précèdent parfois les manifestations de certaines affections, comme l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, ne sont pas des migraines, et offrent un pronostic tout spécial. Le traitement de la migraine doit être basé surtout sur les données fournies par l'étiologie.

De quelques formes anormales de la maladie de Parkinson, par le docteur J. Lacoste. — Thèse de Paris, 1887.

En dehors des cas complets, on pourrait dire normaux, de la maladie de Parkinson, il en existe beaucoup d'autres qui diffèrent par certains côtés du type ordinaire. C'est ainsi que la paralysie agitante, habituellement généralisée, peut se montrer localisée ; elle adopte alors le plus souvent le type hémiplégique, et simule même l'hémiplégie par lésion cérébrale. Dans d'autres cas, le tremblement manque, et la rigidité musculatre existe seule. Les attitudes provoquées par l'état de fixité des muscles atteints de cette roideur ne sont pas les mêmes dans tous les cas ; les membres peuvent être immobilisés dans l'extension, quoiqu'ils le soient habituellement dans la flexion. La station et la marche subissent de ce fait certaines modifications. Étant donnée l'inconstance du tremblement, les caractères de la rigidité des muscles acquièrent une importance diagnostique considérable. Le facies particulier, sans expression et immobile, est un des signes les plus constants de la paralysie agitante ; il est le résultat de cette rigidité musculaire qui atteint les muscles de la face et les fixe dans une position déterminée. On le retrouve dans toutes les formes, même les formes atténuées de la maladie.

De l'alcoolisme aigu et chronique dans ses rapports avec l'épilepsie, par le docteur G. Desforges. — Thèse de Paris, 1888.

Les conclusions de ce travail, dont quelques-unes, la première surtout, sont discutables, sont les suivantes :

1° L'épilepsie alcoolique, comme l'épilepsie vraie, est une affection essentiellement héréditaire.

2° L'alcoolisme chronique du père peut donner naissance à l'épilepsie chez ses descendants ; l'alcoolisme aigu a une action sur la production de la névrose, lorsque l'ivresse existe au moment de la conception.

3° L'épilepsie peut se développer chez un sujet alcoolique, l'alcoolisme jouant le rôle de cause occasionnelle.

4° L'épilepsie alcoolique serait mieux appelée épilepsie absinthique ; l'alcool est incapable de provoquer l'épilepsie, c'est surtout l'absinthe qu'il faut incriminer.

Dr Georges Lemoine.

Une observation de myxœdème, par J.-B. Landouar. Thèse de Paris, 1887.

M. Landouar admet, avec Féris, l'identité du myxœdème et du béribéri. Il attribue le fait intéressant qu'il rapporte en détail à l'impaludisme. Le sujet de son observation est né dans cette partie du Finistère, où le climat humide et tempéré prédispose au myxœdème, comme le prouvent les faits observés par Morvan.

En 1879, il avait subi à la Martinique les premières atteintes de la fièvre paludéenne. En 1882, à Madagascar, où l'action

de la malaria est si puissante, le paludisme renouvelle ses attaques, revenant à la charge tous les seconds jours jusqu'en 1886.

C'est à la Réunion qu'apparut l'œdème, non pas aux malléoles et aux paupières, comme les infiltrations cachectiques, mais au ventre; en même temps, se manifestèrent les premiers troubles de la vue et de l'ouïe. Il semble à M. Landouar qu'il y a dans ces faits plus qu'une coïncidence; il y aurait une réelle subordination étiologique.

Le myxœdème a été jusqu'ici peu étudié, sous le rapport de l'étiologie paludéenne. Si l'attention se portait sur ce point d'une manière spéciale, peut-être, à côté de cette observation, viendraient s'en ranger bien d'autres.

Les médecins de la marine, si souvent aux prises avec la malaria, sont bien placés pour examiner, discuter et juger cette question de pathogénie que l'auteur n'a fait que poser.

Dr F. A. S.

BULLETIN

La nécrose phosphorée. — De l'hystérectomie totale et de l'hystérectomie partielle dans le traitement du cancer de l'utérus. — Étiologie du tétanos.

La question de la prophylaxie de la nécrose phosphorée, sur laquelle l'Académie de médecine s'est prononcée mardi dernier, intéresse, non seulement l'hygiène professionnelle, mais encore l'hygiène publique tout entière : le phosphore blanc joue un rôle trop important dans les empoisonnements et dans les incendies pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point.

Mais, en restant sur le terrain exclusif de l'hygiène professionnelle sur lequel s'est placé M. Magitot, les mesures qu'il propose, excellentes pour pallier le mal quand le phosphore rouge était peu connu ou employé, et que la fabrication des allumettes était libre, auraient le grave inconvénient, aujourd'hui que la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc peut se faire facilement, sans léser aucun intérêt, et que la fabrication des allumettes est monopolisée, de faire ajourner indéfiniment la seule mesure sûrement et vraiment prophylactique : la prohibition du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes. Aussi l'Académie, à l'unanimité des membres présents, y compris M. Magitot, a-t-elle avec raison voté cette mesure prohibitive.

— A la Société de chirurgie vient de se terminer une intéressante discussion, provoquée par M. Verneuil, sur le traitement du cancer utérin. Depuis quelques années, l'hystérectomie totale, alors même que le mal est limité au col, est conseillée et pratiquée, par nombre de chirurgiens, comme devant garantir plus sûrement contre la récidive du néoplasme. Mais il faut tenir compte de la gravité de l'opération en elle-même, qui entraîne une mortalité variant de 20 à 30 0/0.

De nombreux arguments ont été invoqués de part et d'autre par les partisans de l'hystérectomie totale et par ceux de l'hystérectomie partielle ou amputation du col. Nous ne saurions ici les passer en revue, encore moins les apprécier avec compétence. Mais il est des chiffres qui emportent avec eux un enseignement dont il paraît difficile de ne pas tenir compte.

Sur 109 hystérectomies totales relevées dans les hôpitaux de Paris depuis 1885, M. Verneuil a noté les résultats suivants :

35 morts opératoires (32 0/0.
31 morts de récidive.
18 récidives avec mort inévitable.
25 survies, jusqu'à présent sans récidive.

Sur les 25 dernières opérées qui n'ont pas subi de récidive, 12 n'ont pas encore franchi les limites de la première année, et 8 celles de la seconde. Combien, parmi elles, sont-elles définitivement hors de danger? C'est ce qu'il est difficile de dire.

Si l'on compare ces résultats à ceux que donne l'amputation du col, on trouve, suivant M. Verneuil, qu'avec une mortalité moindre, celle-ci n'est pas suivie de plus de récidives. Il résulterait même d'une statistique due à Homeier, que l'hystérectomie partielle donnerait des survies plus longues et plus nombreuses que l'ablation totale de l'utérus. A Cincinnati, le docteur Reanny, sur 55 amputations du col, a obtenu 29 guérisons, dont 26 par récidive.

La conclusion générale qui semble ressortir de la comparaison des différentes statistiques et de la discussion devant la Société de chirurgie, c'est que la question ne peut encore être définitivement tranchée. Mais, en attendant, la conduite du chirurgien paraît assez nettement tracée : attaquer le cancer du col de bonne heure, dès qu'il est reconnu, par l'opération la moins grave, c'est-à-dire l'hystérectomie partielle; réserver l'hystérectomie totale pour les cas où la première ne permettrait pas d'atteindre au-delà du mal, nous ajouterons même pour les cas douteux.

— Nous continuons d'enregistrer les opinions qui se font jour, au sein des Sociétés savantes, sur la nature et l'étiologie du tétanos.

Devant la Société de thérapeutique, M. Guelpa a défendu la nature microbienne et l'*origine tellurique* du tétanos. M. Trasbot rejette aussi l'origine équine du tétanos et rapproche de cette maladie certains accidents tétaniques que présentent les animaux forcés, le cerf, par exemple. Il semblerait, comme l'a fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz, que, sous l'influence du surmenage, il se forme dans ces conditions des leucomaïnes toxiques, non identiques, sans doute, mais analogues aux ptomaïnes sécrétées par le microbe du tétanos.

M. Leblanc, devant la Société de médecine pratique, combat non seulement l'origine équine, mais la nature microbienne ou infectieuse du tétanos. Pour lui, le tétanos naît spontanément : « C'est hors de doute, dit-il, pour le tétanos essentiel ou idiopathique, alors qu'aucune plaie n'existe chez les malades; pour le tétanos traumatique, c'est encore probable, car cette névrose apparaît souvent après des opérations, telles que castration ou amputation de queue, où l'antisepsie a été parfaite. »

M. Weber, tout en rejetant l'origine équine du tétanos, admet qu'il est transmissible et inoculable. M. Laquerrière, durant une longue carrière de médecin vétérinaire dans l'armée, n'a jamais observé de contagion de cheval à cheval ni de cheval à l'homme.

Les opinions ne sauraient être ni plus nombreuses ni plus contradictoires. Nous aurons ultérieurement à les examiner.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

INSPECTEURS GÉNÉRAUX DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — La Chambre des députés a rejeté, dans une de ses dernières séances, le crédit de 48.000 fr. affecté aux quatre inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur (médecine, droit, lettres, sciences).

L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — La Chambre des députés ayant adopté, après le Sénat, le projet relatif à la création d'une École du service de santé militaire, la loi nouvelle sera sans doute prochainement promulguée. En attendant, les Facultés de médecine continuent entre elles la lutte pour avoir la future École.

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois d'octobre dernier, 106 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

31 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement ;

54 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;

21 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 100 fois ; chats, 6 fois.

Personnes traitées mortes de rage :

Bourelly, de Marseille, quatorze ans. Mordu le 29 mai à la partie moyenne du front par le chien d'un voisin. L'enfant porte deux morsures qui ont saigné. Aucune cautérisation n'a été faite. Le chien mordeur a été reconnu enragé par M. le docteur Livon qui a inoculé le bulbe à des lapins qui ont pris la rage. Bourelly a été traité du 7 juin au 1er juillet. Il a été pris de rage convulsive le 31 octobre et a succombé le 2 novembre.

— Lundi dernier, la Chambre des députés, au cours de la discussion du budget du ministère de l'instruction publique, a voté la transformation de la chaire théorique d'accouchements en chaire de clinique obstétricale.

— Le pélerinage de la Mecque s'est effectué cette année dans des conditions sanitaires exceptionnellement bonnes.

— Les Bulletins des forts de l'Inde anglaise signalent une grande amélioration de l'état sanitaire. A Bombay, Madras et Calcutta, les décès cholériques sont de moins en moins nombreux. Par contre le choléra s'est montré à Maville.

ÉTIOLOGIE DE LA SCARLATINE. — Une forte épidémie de scarlatine sévit en ce moment en Écosse. L'enquête faite par la police a établi que l'épidémie aurait eu pour point de départ une vacherie infectée. Plusieurs vaches de cette vacherie — qui a été provisoirement fermée — ont été trouvées malades par les vétérinaires.

— La LANCET annonce que sir Morell Mackenzie a résigné ses fonctions de membre du Collège royal des médecins de Londres, à la suite des attaques dont il a été l'objet au sein du Collége.

R. F. D.

NOUVELLES

BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté ministériel, en date du 4 décembre 1888, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, aux siéges des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1o Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale.

2o Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3o Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4o Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5o Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — M. le docteur Cochez est admis à prendre part au concours d'agrégation de médecine (pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le 15 décembre 1888, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — L'assemblée de la Faculté a élu M. le professeur Hecht, délégué au Conseil général des Facultés, en remplacement de M. Heydenreich, nommé doyen.

— Le ministre de l'intérieur vient de décerner une médaille d'argent de 1re classe à M. le docteur de Laurier, médecin de colonisation à Ténès, en récompense des services qu'il a rendus lors de l'épidémie typhique qui a sévi, au commencement de cette année, dans le douar Beni-Djerdjine (commune mixte de Ténès).

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un aide de clinique à la Clinique nationale ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 4 décembre 1888

— M. le docteur Chervin, directeur de l'Institution des Bègues de Paris, commencera le mercredi 12 décembre à 5 h., à l'École pratique (amphithéâtre no 2), ses *leçons sur les troubles de la parole* et les continuera les mercredis à la même heure.

La première leçon sera consacrée à des considérations générales sur les troubles de la parole.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Plicque. Récidives des tumeurs malignes. — M. Demars. Des kystes hydatiques du foie. — M. Felici. Rapport de la chlorose avec la tuberculose.

M. S. Vincent. Étude clinique sur la maladie de Freidreich. — M. Mignon. De la fièvre dans la phtisie chronique et de son traitement par la créosote.

M. Regnault. Des altérations crâniennes dans le rachitisme. — M. Tabaraud. Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie.

M. Bussat. Traitement chirurgical de l'ongle incarné (Procédé Quénu). — M. Duras. De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 NOV. AU SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1888

Fièvre typhoïde 20.— Variole 4.— Rougeole 33.—Scarlatine 2. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 27. — Choléra 0. — Dysenterie 0. — Phthisie pulmonaire 184.— Autres tuberculoses 20. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 6. — Méningite 33. — Congestion et hémorr. cérébrales 38. — Paralysie 4.— Ramollissement cérébral 7.— Maladies organiques du cœur 42.— Bronchite aiguë 17. — Bronchite chronique 34. — Broncho-pneumonie 25.— Pneumonie 45. — Gastro-entérite : Sein 9. — Biberon 46. — Autres 3 — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 19. — Sénilité 25. — Suicides 12. — Autres morts violentes 13. — Autres causes de mort 140. — Causes inconnues 17. — Total de la semaine: 876 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Des arthropathies tabétiques du pied, par M. le docteur Démosthènes Pavlidès. Un volume in-8o de 76 pages, avec figures dans le texte et 14 planches chromo-litographiques et 8 planches en noir (hors texte). — Prix : 8 francs.—Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne.

Travaux d'obstétrique, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, etc. Trois volumes in-8o avec 308 figures intercalées dans le texte. — Prix : 24 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Anatomie des centres nerveux. Leçons professées par le docteur Ludwig Edinger. Traduit de l'allemand par M. Siraud, externe des hôpitaux de Lyon. Paris, 1889. Un volume grand in-8o de 235 p., avec 122 figures. — Prix : 8 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Les grandes fièvres à travers les découvertes, par le docteur Henri Verneuil. Une brochure in-8o de 110 pages.—Prix: 2 fr.50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Phtisie laryngée, par le docteur A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, et Paul Tissier, interne des hôpitaux de Paris. — Un volume in-8o de 340 pages, avec 13 figures dans le texte, dont 3 en chromo-lithographie. — Prix : 3 francs. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Les parasites de l'homme (animaux et végétaux), par R. Maniez, professeur à la Faculté de médecine de Lille. Paris, 1889. Un volume in-16 de 315 pages, avec 72 figures (Bibliothèque scientifique contemporaine). — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et Egasse, pharmacien de première classe. — Troisième année. — Un volume in-12, cartonné toile de 360 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. de RANSE ;**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction :** 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

I. ALBUMINURIE POST-VARIOLIQUE. — II. LÉSIONS MITRALES D'ORIGINE RHUMATISMALE. — BRUIT DE GALOP CHEZ LES GOUTTEUX ; leçon clinique de M. le professeur PETER, à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur H. B.

I. Je veux vous entretenir d'abord de deux malades. Le premier, couché au numéro 2 de notre salle d'hommes, a des urines particulières, très fortement chargées d'albumine, il s'agit d'une albuminurie post-variolique. Le deuxième malade, couché au numéro 5 de la même salle, nous présente une affection organique du cœur, d'origine rhumatismale, au premier aspect assez vulgaire, mais qui cependant, comme nous le verrons, présente un certain intérêt.

Arrêtons-nous d'abord sur le premier de ces malades.

C'est un jeune homme de 27 ans, ouvrier monteur de charpente en fer ; notez ce point : sa profession le force à vivre en plein air, et l'expose à toutes les vicissitudes atmosphériques. Il est robuste, un peu maigre, d'un tempérament nerveux, comme on disait autrefois.

Nous allons reconstituer son histoire, qui ne manque pas d'intérêt. Vous m'avez entendu l'interroger à son entrée. — Où avez-vous mal ? — J'ai mal à la tête. — Et où encore ? — J'ai mal aux reins.

Il a mal à la tête : c'est un urémique, les urines, comme vous pouvez le voir, renferment une forte proportion d'albumine. Si vous voulez contrôler ses assertions, vous remarquerez sur le front une éruption acnéique artificielle, due à l'emploi qu'il a fait lui-même, pour apaiser ses souffrances, de compresses d'eau sédative. Il souffre de la tête depuis trois ou quatre jours, mais c'est la seconde fois, et en juin dernier il a déjà dû s'aliter. A ce moment, dit-il, j'ai déjà eu ce mal de tête tellement fort que j'ai dû entrer à Tenon. Il éprouva en même temps des vertiges, de l'affaiblissement musculaire à un tel point qu'il ne pouvait plus se tenir debout, et qu'il lui fut impossible de continuer ses occupations.

En l'examinant, j'ai pu constater sur la région lombaire les traces indélébiles de quatre cautères, et de cautérisations ponctuées. C'est qu'en effet cet homme est albuminurique. Comment l'est-il devenu ? A l'âge où il est, 27 ans, sans excès, il n'est pas ordinaire de rencontrer une semblable affection. Aussi nous avons recherché quels étaient ses antécédents pathologiques, et les voici : il a eu en février de cette année une variole très légère. Or si la néphrite variolique est moins fréquente que celle de la scarlatine, elle n'en a pas moins été signalée et étudiée. A ce propos, si vous ouvrez les auteurs contemporains, vous y verrez que la néphrite variolique est due à une décharge bactérienne. Pour moi, je vous dirai simplement ceci : de par la variole, le malade a une congestion des reins, d'où peut procéder une néphrite plus ou moins grave, surtout lorsque l'action du froid vient s'y surajouter ; or notre malade travaille en plein air ; s'il eût été banquier ou homme de bureau, il n'eût pas eu peut-être sa néphrite. Quoi qu'il en soit, il est entré dans un service de médecine, avec les urines rouges contenant du sang et de l'hémoglobine. Voilà donc un cas bien net de néphrite consécutive à la variole.

Ces exemples, ainsi que je vous l'ai dit, sont peu fréquents. Cependant, M. Martinet et moi nous en avons vu et guéri un cas bien net, chez une malade qu'un médecin très distingué, M. Triboulet, avait vue et pour qui il avait porté le pronostic le plus sévère.

L'homme qui est dans notre service a été soigné à l'hôpital Tenon, par M. Moizand, qui lui a appliqué des cautères, des pointes de feu, l'a mis au régime lacté et à l'iodure de potassium, médicament qui dans ces cas mériterait d'être classique. Il est resté en traitement de juillet en septembre ; il en est sorti guéri, il a pu reprendre ses occupations, qu'il a continuées jusqu'à ces derniers jours. Il est alors repris des mêmes accidents, dus à sa néphrite dont l'évolution reprend. Je ne sais pas si nous le guérirons, car, comme vous pouvez le voir, l'albuminurie forme un précipité abondant dans le verre, qu'elle remplit jusqu'à moitié.

Ce sur quoi je dois insister, et ce que vous ne devez pas oublier, c'est qu'il existe dans les fièvres éruptives des congestions actives et électives sur les reins, et que la variole n'y fait pas exception. Il est même probable que l'albuminurie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose, et qu'elle ne doit être ni méconnue ni négligée.

Le traitement à faire suivre à ce malade est le même que celui que lui a imposé M. Moizand : des cautères, du lait mais pas exclusivement, car il ne serait pas supporté, et de l'iodure de potassium, 1 gr. à 2 gr. par jour.

La jeune fille dont je vous ai parlé tout à l'heure et que nous avons vue, M. Martinet et moi, avait une albuminurie presque aussi abondante que dans ce cas particulier. Elle a suivi le même traitement, elle a eu des cautères, dont deux

ont *suppuré pendant 18 mois*, et c'est parce qu'on les a fait suppurer ainsi qu'elle a guéri. Elle prenait également un gramme d'iodure de potassium par jour, et pendant 4 jours, seulement, afin de ne pas dépasser la tolérance de l'estomac. Le reste du temps elle prenait du tannin, dont les propriétés antialbuminuriques sont bien connues. Elle a guéri, elle vient de se marier.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Cette jeune fille était soumise à un traitement hygiénique sévère. Elle ne sortait pas pour peu qu'il fît du vent et que le temps fût humide. Elle vivait à la chambre, dans une température uniforme.

Ce n'est pas le cas de cet homme et voilà pourquoi il est retombé malade.

II. Parlons maintenant du malade couché au no 15 et qui est atteint d'une affection cardiaque. C'est un cas simple, vulgaire même. Le malade est un homme de 37 ans, garçon d'office; il y a deux ans, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire, et déjà les lésions cardiaques sont plus avancées qu'on ne s'y attendrait. Il est de règle, en effet, dans l'endocardite rhumatismale, qu'il se produise une insuffisance mitrale, qui évolue plus ou moins vite, de sorte que ce n'est qu'au bout de 8 à 10 ans que se surajoute une autre lésion : le rétrécissement mitral. Or cet homme a à la fois et insuffisance et rétrécissement. Pourquoi ? La raison, je la trouve dans la ténacité de son rhumatisme passé. Il a été 7 mois malade, c'est-à-dire qu'à peine guéri d'une crise aiguë, il avait une rechute, de sorte que son endocarde, exposé à toutes ces rechutes subintrantes, s'est altéré au point d'offrir l'association des deux lésions les plus graves : insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale.

Comment peut-on reconnaître ces lésions ? L'interrogatoire du malade nous l'apprend : de quoi vous plaignez-vous ? — De palpitations. — De quoi encore ? — D'enflure des jambes. — Le diagnostic est fait. Des palpitations nerveuses, en effet, il n'y faut pas songer, dès qu'on a l'œdème des jambes. Cependant ce n'est pas tout. Le pouls est faible, petit, mais régulier, il n'y a pas d'arythmie Enfin, le malade se plaint d'oppression lorsqu'il se fatigue.

Cet homme a donc les troubles fonctionnels qu'on rencontre dans les maladies du cœur, et un rhumatisme dont il a souffert antérieurement en est l'origine.

Comment maintenant avons-nous pu constater les lésions matérielles ?

L'auscultation, près du bord gauche du sternum, dans le 5e espace, nous a fait entendre un roulement présystolique, et un souffle systolique plus accentué dans la région sous-mamellaire. Le souffle s'entend également en allant vers l'aisselle où on perçoit en plus un dédoublement du 2e bruit. Voilà le diagnostic de la lésion fait.

Souffle systolique à la pointe : insuffisance mitrale; roulement présystolique et dédoublement du deuxième bruit : rétrécissement mitral.

Si j'insiste autant sur ce point, c'est moins pour poser un diagnostic précis que le pronostic qui découle de notre examen. Cet homme a à la pointe une double lésion, *il ne vivra pas longtemps*. Rétrécissement et insuffisance mitrale, c'est la mort dans deux ou trois ans, surtout avec des occupations pénibles. Vous voyez quel intérêt il y avait à faire un diagnostic précis. Alors vont survenir des œdèmes, de la dyspnée et, sous l'influence du froid, des congestions pulmonaires qui emporteront le malade, ou bien ce seront les congestions du foie avec troubles des fonctions digestives, ou du rein avec troubles de l'uropoïèse : cercle vicieux d'accidents qui précipiteront le terme fatal.

(A suivre.)

GYNÉCOLOGIE OPÉRATOIRE

De la ventro-fixation de l'utérus ou hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus, par le docteur S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de l'Hôpital Lourcine-Pascal.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Technique. — L'opération est encore trop nouvelle pour qu'elle soit définitivement fixée.

On peut, toutefois, distinguer trois procédés principaux : 1o *Procédé de la fixation indirecte* (Kœberlé-Klotz). L'ovaire ou la trompe étant d'abord enlevés, le pédicule est fixé dans la paroi abdominale. Klotz attache beaucoup d'importance à l'adjonction d'un tube de verre en arrière de l'utérus jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qu'on retire au bout de peu de temps et qui a pour effet de solliciter des adhérences fixatrices. Ce procédé a l'inconvénient de sacrifier l'ovaire et aussi de tordre l'utérus et de faire une réunion assez médiate; il compte plusieurs insuccès.

L'auteur d'un récent article sur la ventro-fixation a vu à tort un procédé analogue à celui de Klotz dans une indication très brève donnée par Polk *(Transact. of the Americ. gynæc. Society*, septembre 1887) (1) dans un travail intitulé : *Les trompes et les ovaires doivent-ils être sacrifiés dans tous les cas de salpingite ?* Polk se borne à dire que quand la déviation (en arrière) de l'utérus était due à l'action des annexes «il a essayé deux fois, après avoir détaché les adhérences, d'y porter remède par la simple action d'un tube à drainage; mais il a eu des résultats inférieurs à ceux qu'il a obtenus ensuite par l'opération d'Alexander pour les mêmes cas ». Il n'y a donc eu là aucune *fixation* de l'utérus, mais un simple *redressement*, tandis que Klotz *suture* avec soin un pédicule ovarique ou même la trompe.

2o *Procédé de la fixation directe du corps utérin* (Olshausen-Sænger). — Les sutures sont faites de chaque côté, non sur le fond, mais sur les limites de l'utérus, au niveau de ses bords, à l'aide de crin de Florence. On en fait trois de chaque côté; on a soin de ne comprendre dans la suture que le feuillet séreux antérieur, de ne pas piquer la trompe ou l'artère épigastrique. Ce procédé offre l'inconvénient de ménager une sorte de fente ou de boutonnière, entre l'utérus et la paroi abdominale, qui peut offrir des dangers d'étranglement interne.

3o *Procédé de la fixation directe du corps utérin* (procédé de Léopold, dont on peut trouver l'origine éloignée dans la technique de L. Tait et de Czerny). C'est celui qui me paraît préférable et c'est aussi à un procédé analogue que s'est adressé M. Terrier.

Léopold fixe le fond même de l'utérus à la paroi abdominale. Le ventre ayant été ouvert, et l'utérus étant redressé avec, s'il est nécessaire, rupture des adhérences, on traverse la paroi ab-

(1) Americ. Journal of Obstetricæ, vol XX, p. 1045.

dominale d'avant en arrière, un peu en dehors des bords de la plaie, au niveau du fond de l'organe, avec une forte aiguille munie d'un fil de soie. On pénètre dans l'épaisseur du tissu utérin à la partie la plus élevée de la face antérieure de l'utérus sur la ligne qui réunit l'insertion des deux ligaments ronds; l'aiguille chemine sous la séreuse et la couche superficielle du tissu musculaire dans une étendue de 1 centimètre, puis elle pénètre de nouveau, et cette fois-ci d'arrrière en avant, dans la paroi abdominale sur l'autre lèvre de la plaie. On place une seconde suture au-dessus, sur la ligne transversale qui réunit les insertions tubaires dans une largeur de 2 centimètres, et une troisième un peu au-dessus encore, de la même manière.

Pour rendre plus facile l'adhérence à ce niveau, on gratte légèrement avec le dos du bistouri la surface du revêtement péritonéal de l'utérus dans l'espace que circonscrivent ces sutures, de manière à faire un avivement superficiel non sanglant qui enlève simplement l'épithélium. Puis on réunit les lèvres de la plaie abdominale à ce niveau, on serre et l'on noue ces trois sutures de telle sorte que la face antérieure de l'utérus s'applique exactement en ce point au péritoine pariétal. On procède ensuite à la réunion du reste de la plaie, au-dessous et au-dessus. Les sutures de l'utérus seront enlevées au bout de douze à quinze jours. Il est bon de placer un pessaire de Hodge pendant un mois pour maintenir la bonne position acquise.

Je laisse de côté certaines questions secondaires de technique, sur lesquelles les chirurgiens ne sont pas d'accord. Faut-il employer un fil de suture non résorbable (soie ou crin de Florence), comme Léopold? Olshausen et Sænger, Phillips, ou du fil d'argent, comme Olshausen le propose pour plus de solidité dans les cas de prolapsus; ou du gros catgut résorbable, comme M. Terrier? Faut-il placer immédiatement après l'opération un pessaire de Hodge (Léopold), faire le tamponnement du vagin, quand il s'agit d'une rétroversion (Sænger), ou maintenir la malade dans un lit incliné vers la tête pour éviter la pression intestinale quand on a opéré pour un prolapsus (Phillips)? Faut-il faire des sutures perdues ou des sutures qu'on retire au douzième jour?

Ce sont là des points de détails que je ne saurais discuter.

Pronostic de l'opération. — D'après les résultats publiés jusqu'ici, l'opération n'a pas donné un seul cas de mort; elle n'offre pas plus de gravité qu'une laparotomie non compliquée, laquelle actuellement constitue une opération bénigne. Il n'est pas douteux cependant qu'elle pourra être parfois aggravée par des déchirures intra-abdominales assez étendues (comme dans un cas de Klotz) lorsque l'on aura à libérer de fortes adhérences de l'utérus, en particulier des adhérences en surface, au rectum. C'est dans ces cas-là seulement qu'un drainage sera rationnel.

Les guérisons paraissent durables : Léopold a pu les constater après quatorze mois, et Korn (1) au bout de seize mois (il s'agit de rétroversions). Olshausen a toutefois eu un insuccès éclatant après une ventro-fixation pour prolapsus. Sænger (2) a présenté deux de ses malades au dernier Congrès de gynécologie de Halle, mai 1888. Chez l'une d'elles, opérée seulement depuis trois mois, la rétroflexion avait déjà une tendance à se reproduire.

(1) Korn : *Cent. f. Gynæk.*, 1888, p. 11 (Soc. gyn. de Dresde).
(2) Sænger. Verhandlungen der Deutsch. Ges. f. Gyn., 2. Kongress, 1888, page 110.

Une question qu'il serait très important de résoudre autrement que par des considérations théoriques, c'est l'influence que pourrait avoir la grossesse sur la position de l'utérus suturé à l'abdomen. Les adhérences seraient-elles détruites? La grossesse serait-elle entravée par la gêne apportée au développement de l'utérus, ou bien celui-ci pourrait-il se faire librement en dehors et au-dessus du point très limité où l'organe est immobilisé? Une des raisons pour lesquelles Olshausen, Sænger, etc., ont adopté la suture des bords et non de la face antérieure de l'organe, semble être précisément la crainte de gêner son développement durant la gestation. Mais leur procédé assure une adhérence moins efficace, et de plus la fente qu'il laisse subsister entre l'utérus et la vessie constitue, malgré toutes les précautions opératoires, une boutonnière dangereuse au point de vue de l'étranglement interne.

Indications de l'hystéropexie dans les cas de rétroversion. — Doit-on, avec Sænger et Léopold, confiants dans l'innocuité absolue de la laparotomie antiseptique, la pratiquer même pour des cas de *retroversio mobilis*, c'est-à-dire réductible, lorsque le pessaire convenable, recherché avec persévérance de la part du médecin et patience de la part de la malade, ne peut les maintenir et que les accidents persistent? C'est là, me semble-t-il, une faute. Le raccourcissement des ligaments ronds offre une ressource trop précieuse, ainsi que M. le professeur Trélat (1) le rappelait récemment, pour être en pareil cas négligée. A la vérité, dans une de ses observations (la septième), Sænger a bien essayé d'abord sans succès l'opération d'Alexander. Mais dans une autre observation (la sixième), il s'est décidé, d'emblée, à la laparotomie, sans avoir au préalable tenté de maintenir l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds. Même remarque pour la première opération de Léopold. Il y a là un abus contre lequel on doit, me semble-t-il, protester. Quand deux opérations sont susceptibles d'obtenir les mêmes résultats, il ne faut se résoudre à la plus grave qu'après avoir tenté vainement la plus bénigne. Or, malgré les progrès de la chirurgie abdominale, on ne saurait prétendre que l'ouverture du péritoine et la suture de l'utérus n'exposent pas plus la vie des malades qu'un incision superficielle et la suture des ligaments ronds raccourcis.

Mais si nous repoussons comme une exagération l'hystéropexie faite d'emblée pour une rétroversion mobile et incoercible par le pessaire, avant d'avoir fait l'essai de l'opération d'Alexander, nous la croyons légitime quand cette première ressource aura échoué. Elle est plus rationnelle, plus sûre et moins périlleuse que les opérations tout ou moins bizarres proposées par Caneva, Schücking (de Pyrmout), von Rabenau, etc. Elle est, on en conviendra, préférable à l'extirpation de l'organe par le vagin,— qui a été parfois faite un peu légèrement peut-être contre de simples hystéralgies avec déviation, soit en arrière, soit en avant (2).

Enfin, l'indication principale de l'hystéropexie me paraît résider dans les cas de rétroflexions irréductibles, où des fausses membranes et des adhérences qu'on n'a pu vaincre sous le chloroforme, ramènent toujours le fond de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas, parfois après une fausse

(1) U. Trélat. *Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes.* (Semaine médicale, 4 juillet 1888).
(2) Richelot. Semaine médicale, 1888. — Vrobleski. Union médicale, 18 octobre 1888.

réduction où l'organe ne s'est déplacé qu'en entraînant avec lui la paroi antérieure du rectum. Quand dans une première séance d'épreuve sous l'anesthésie, on s'est convaincu de l'irréductibilité par les manœuvres externes, par l'emploi de la sonde ou du redresseur; quand, dans une seconde séance, après une dilatation de l'utérus, on s'est aussi assuré que le doigt introduit directement dans la matrice, comme le conseille Schultze, ne peut en effectuer le redressement, — dans ces cas là on n'a que deux partis à prendre : ou s'abstenir de nouvelles tentatives, qui n'auraient pour effet que d'exposer la malade à des accidents sérieux du côté des annexes et du péritoine pelvien, et se borner alors à un traitement palliatif dirigé contre les symptômes; ou bien, si l'intensité des phénomènes morbides le réclame, recourir à la laparotomie pour libérer puis fixer l'utérus. Il n'est pas inutile de rappeler, à ce sujet, que les désordres nerveux provoqués par une simple rétroversion sont parfois assez sérieux pour que de nombreuses castrations (opérations de Battey) aient été faites sans indication plus formelle. C'est à ce point de vue qu'on peut dire avec Sæuger, que, dans beaucoup d'occasions, la ventro-fixation est appelée à devenir une opération conservatrice.

En outre, par *l'incision exploratrice* qu'elle entraîne nécessairement, elle permet de s'assurer, avec une précision très grande, de l'état des trompes et des ovaires, et, comme dans le cas de Phillips, de porter remède à une lésion de ces organes qu'on n'avait pas soupçonnée avant l'opération.

Il est, à ce propos, important d'observer que la laparotomie n'agit pas seulement en redressant et fixant l'organe; la destruction des adhérences et des brides, même laches, qui entourent soit l'utérus. soit ses annexes, alors même qu'elle n'aurait pas pour résultat la cure immédiate de la rétroflexion, serait par elle-même très efficace pour l'amélioration de l'état des malades, ainsi que Polk l'a très judicieusement remarqué.

Je mentionne ici, à titre de simple curiosité, la pratique de Wylie (1), chirurgien américain, qui, après la libération de l'utérus par la laparotomie, a pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds en leur faisant un pli assujetti par des sutures. Il prétend avoir eu ainsi cinq succès.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que l'hystéropexie faite comme opération principale, et d'emblée, pour la rétroversion. Il va sans dire que si celle-ci est discutable, il n'en est pas de même de l'hystéropexie secondaire, qu'on pourrait presque appeler complémentaire. Lorsqu'au cours d'une laparotomie faite pour une autre lésion, corps fibreux, kyste de l'ovaire, inflammation des annexes, etc., on trouve l'utérus devié en arrière, il est tout indiqué de profiter de l'occasion, pour ainsi dire, pour le redresser. Si l'on a à sa disposition un pédicule, on pourra l'insérer dans la plaie abdominale et l'y suturer. Je crois, toutefois, qu'il sera bon de ne pas s'en tenir là, et de passer un ou deux points de suture sous la couche la plus superficielle du fond de l'utérus pour assurer la bonne position de l'organe.

INDICATIONS DE L'HYSTÉROPEXIE DANS LE CAS DE PROLAPSUS UTÉRIN. — Il faut d'abord faire une distinction. Ce n'est pas contre tous les prolapsus génitaux, mais seulement contre la chute de l'utérus lui-même que peut agir la ventro-fixation. L'issue, au travers de la vulve, des parois vaginales relâchées en cystocèle ou rectocèle ne saurait être justiciable de la fixation de la matrice, si celle-ci n'est pas descendue; cette hernie ne serait qu'incomplètement corrigée par la seule ventro-fixation, alors même qu'il s'agirait d'un prolapsus à la fois utérin et vaginal, pour peu qu'il fût invétéré, accompagné d'une distension considérable de la muqueuse vaginale et d'une hypertrophie sus-vaginale du col. Au point de vue théorique comme au point de vue pratique, l'hystéropexie ne peut être une opération suffisante par elle-même que dans des cas relativement rares où l'utérus, non augmenté de volume, forme seul le prolapsus. Dans tous les autres cas, une opération complémentaire portant soit sur le col, soit sur le vagin et le périnée, sera nécessaire : amputation conoïde de Hugnier ou biconique de Simon, élytrorrhaphie antérieure et postérieure, colpopérinéorrhaphies d'après les procédés variés, cloisonnement de Le Fort, etc.

A ce point de vue donc, la ventro-fixation n'a aucune supériorité sur l'opération d'Alexander qui, elle aussi, ne peut que rarement suffire, dans ces cas complexes, mais n'en constitue pas moins un très précieux auxiliaire.

C'est donc véritablement entre le raccourcissement des ligaments ronds et la ventro-fixation qu'il faut établir un parallèle, tant au point de vue de la *gravité* que de l'*efficacité*.

Sur le premier point, il est inutile de s'appesantir; cette considération ne résout pas la question sûrement, mais elle impose à tout chirurgien le devoir de ne recourir au procédé le plus grave qu'après avoir tenté le plus bénin.

Reste le point de vue de l'efficacité. Les éléments de jugement basés sur l'expérience nous font défaut pour nous prononcer ici sur l'hystéropexie pour prolapsus. Les opérations sont trop rares et trop récentes.

La première opérée de Olshausen (1) a vu son infirmité reparaître très vite; il est vrai que les sutures ne paraissent pas avoir été suffisantes (deux points de suture au fil de Florence sur l'insertion de chaque ligament rond). Une seconde opérée du même auteur, où la fixation a été faite dans le cours d'une ovariotomie, était en 1886 guérie depuis un an et demi.

Chez la malade de Phillips, la guérison s'était maintenue depuis six mois au moment de la publication de l'observation. Là encore, c'est le pédicule d'un ovaire enlevé qui avait été fixé.

Je ne parle pas des observations de Brennecke, trop incomplètes pour faire foi.

L'avenir nous dira ce qui adviendra de l'opération de M. Terrier.

Chose remarquable : dans le cas où un pédicule ovarique a été simplement inséré dans la plaie abdominable après l'ovariotomie, on a pu obtenir des guérisons durables de prolapsus simples. Tel est le cas qui m'est personnel où la guérison s'est maintenue depuis plus de six ans; *il n'y avait pas d'allongement hypertrophique du col.*

D'autre part, s'il existe une grande hypertrophie du col et un prolapsus du vagin, on aura beau fixer l'utérus, et même l'enlever, on verra le prolapsus vaginal se reproduire avec tous ses inconvénients. C'est ce qui est déjà arrivé à des chirurgiens qui avaient fait l'hystérectomie vaginale. C'est aussi le résultat déplorable obtenu par Mueller (de Berne) à la suite

(1) Wylie. PITTSBURGH MÉD. REVIEW (cité par Bunde Œmer, JOURNAL OF OBSTETRICÆ, décembre 1888).

(1) OLSHAUSEN. CENT. F. GYN., 1886, p. 700.

d'une opération formidable (hystérectomie sus-vaginale avec fixation du pédicule dans la plaie de l'abdomen).

Cet auteur n'a pas pratiqué moins de trois fois une pareille opération pour le prolapsus. Dans le fait suivant, les suites nous sont connues grâce à leur publication par M. le docteur J. Rendu (1) dans le Lyon Médical, en 1880, sous ce titre : *Enorme prolapsus utérin ; laparotomie suivie de l'amputation de la partie supérieure de l'utérus et de la fixation du moignon dans la plaie abdominale ; récidive.*

Une femme de trente-huit ans, ayant eu un enfant, était affligée d'un prolapsus complet de la matrice. Müller avait déjà pratiqué, en décembre 1878, la colpopérinéorraphie suivant la méthode de Bischoff, mais sans résultat. Le 16 juin 1879, ayant ouvert l'abdomen en faisant sur la ligne blanche une incision de 4 à 5 centimètres, il avait, à l'aide d'une sonde introduite dans l'utérus, porté cet organe jusque dans la plaie ; puis, plaçant un clamp sur l'utérus, il en avait excisé la partie supérieure et fixé le reste entre les lèvres de la plaie abdominale. La malade, guérie, s'était levée le 16 juillet.

Au passage à Berne du docteur Rendu (novembre de la même année), ses règles étaient revenues deux fois, sous la forme d'un suintement sanguin, par la vulve et par la cicatrice abdominale. Celle-ci était très profondément déprimée, ou plutôt elle se trouvait au fond d'un infundibulum étroit, formé par les parois de l'abdomen. Le prolapsus utérin s'était reproduit à peu près comme auparavant. Le col dépassait la vulve de 7 centimètres environ ; ses lèvres étaient grosses, tuméfiées, et sa cavité laissait pénétrer la première phalange de l'index.

Ce fait prouve bien, me semble-t-il, ce que je disais en commençant : c'est qu'il ne suffit pas de soutenir l'utérus (même réduit à un moignon) *par en haut*, lorsque l'hypertrophie du col et le prolapsus vaginal l'attirent constamment *par en bas;* l'hystéropexie, comme l'opération d'Alexander, (en dehors des cas exceptionnels de prolapsus utérin simple) devra donc, à mon avis, être toujours combinée avec une opération complémentaire, faite sur le col, le vagin ou le périnée, si l'on veut en obtenir des résultats durables.

THÉRAPEUTIQUE & HYGIÈNE

Du traitement de la tuberculose pulmonaire. — Des sanatoriums. — Des avantages des climats tempérés; par M. le docteur Onimus.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

On ne se doute pas, quand on vient d'obtenir son diplôme de docteur, combien la médecine pratique, ou mieux combien l'art de guérir consiste souvent à être un bon garde-malade. Pour n'en prendre qu'un exemple, lorsqu'on prescrit un traitement exclusif par le lait, il faut, pour beaucoup de malades, la première semaine, faire boire le lait devant soi, revenir à l'improviste et vérifier ce qui a été bu. C'est peu de chose, mais jusqu'à ce que l'éducation soit faite, jusqu'à ce que l'habitude soit prise, et que le malade soit convaincu, il faut vraiment, selon l'expression du docteur Dettweiler, être chien de berger, on, selon un terme expressif français, être un *pion* hygiénique.

Certes, dans un établissement fermé, où tout est réglé d'avance, tout cela est bien plus facile, mais, par contre, dès que le malade sort de l'établissement, dès qu'il est livré à lui-même, il va oublier la plus grande partie des recommandations. Son éducation a été faite dans une sorte de caserne ou de couvent et il se trouve dépaysé dès qu'il rentre dans la vie commune. N'est-il pas plus rationnel de faire son éducation dans un milieu se rapprochant de celui où il doit vivre, et où il doit combattre pour l'existence. C'est plus difficile, mais plus avantageux, et le malade sera plus aguerri.

« Après vingt hivers passés à Menton, dit Bennet, j'ai autour de moi et dans mes souvenirs une foule de personnes plus ou moins gravement atteintes dans le principe, maintenant guéries ou en voie de guérison. Ce résultat curatif a été obtenu dans tous les cas, sans exception, par des efforts continus, persévérants, dans la voie indiquée, en réveillant et améliorant les fonctions organiques et surtout celles de la nutrition.

« Les cas de phtisie les plus satisfaisants que j'ai vus ont été chez des malades qui ont accepté leur position avec résignation et avec philosophie, et qui ont fait des efforts rationnels et continus pour échapper au sort qui les menaçait, soutenus par les conseils de leur médecin. Acceptant son appui, ils se sont laissé guider dans tous les détails de leur vie, et lui ont abandonné en toute confiance le traitement hygiénique, climatique et médicinal de leur maladie. Ceux qui, repoussant les conseils d'un médecin éclairé et ami, dirigent eux-mêmes leur traitement, en suivant seulement les règles de conduite prescrites avant leur départ, commettent toute espèce d'erreurs et d'imprudences. »

Le phtisique qui sort d'un sanatorium risque précisément de ne plus savoir se conduire dans la vie ordinaire, son éducation a été faite dans un autre milieu, et la meilleure critique que nous puissions en faire résulte de ce passage de la brochure du docteur Frémy :

« Des individus avec vastes cavernes qui vivent à l'établissement et qui veulent s'absenter quelques jours seulement pour affaires, sont sûrs de n'y pas revenir; ils meurent au loin. C'est bien connu dans les établissements. »

Il nous paraît donc essentiel sur le littoral et dans toutes les localités situées dans des climats tempérés (Alger, Pau), puisqu'on peut ventiler facilement la maison, et que les malades qu'on y soigne sont en général intelligents et instruits, de bien faire leur éducation, et pour cela, dès les premiers jours, de leur imposer tous les détails de la médication, de leur indiquer, non seulement qu'il faut rentrer un peu avant le coucher du soleil, mais de leur persuader qu'il faut être au grand air le plus possible — que, dès que le soleil est levé, il faut sortir, sans faire cependant de longues promenades — qu'avant de sortir, il faut faire un premier repas substantiel, etc.

Il faut soit même vérifier la nourriture, contrôler au besoin, dans le cas de prescription, si le malade a avalé la quantité voulue de viande crue, examiner les vêtements, faire diriger les sorties le matin dans un sens, l'après-midi dans un autre, selon la direction du soleil, indiquer la limite de la promenade, les points à éviter, parce qu'il y a de l'ombre, du vent ou de l'humidité, etc., etc., en un mot donner des conseils sur

(1) J. Rendu. *Notes sur quelques voyages à l'étranger au point de vue de l'obstétrique et de la gynécologie* (Lyon médical, 1880).

chaque détail, s'assurer qu'ils sont suivis, venir à l'improviste et même espionner.

Dans l'appartement, empêcher qn'on ne couche an nord, que la chambre à coucher soit calfeutrée, qu'il y ait trop de tapis, trop d'obscurité et trop de chaleur.

Le rôle dn médecin est un peu changé, mais son vrai rôle n'est-il pas de soulager et de guérir?

Ce n'est pas s'abaisser, et est-il d'ailleurs une fonction plus noble et plus dévouée que celle d'un bon garde-malade? J'ai connu, il est vrai, des personnes qui nous ont reproché, dans des occasions où nous avons tenu à exercer tous ces détails, de manquer à la dignité médicale. Si ces personnes avaient été les malades on des proches parents, elles n'auraient jamais songé à faire un pareil reproche qui, d'ailleure, nous laisse indifférent, du moment que nous sommes certain d'avoir rendn service an malade. Nous croyons même que, si nous avons eu le bonheur quelqnefois de rendre la santé à quelques personnes, c'est nniquement parce que nous avons pris le rôle de cette espèce de pion médical. Si nous en parlons ici, c'est que précieément c'est un argument dans cette discussion. Car, en réalité, l'établissement fermé revient à forcer les malades à snivre malgré eux une série de prescriptions hygiéniques, et si le système ouvert est préférable, à notre avis, ce n'est qu'à la condition d'insister sur tous les détails, si minimes qu'ils paraissent.

Certes, il y a des malades qui n'ont pas de caractère, pas de volonté, et pour lesqnels comme pour certains élèves, il faut l'internat. Mais ceux qui ont un entourage dévoué et intelligent se trouveront mieux d'une indépendance relative.

A l'exception de certains cas d'affection mentale, il en est de même pour tous les malades, et ce n'est pas seulement le phtisique, mais c'est le goutteux, le diabétique, l'albuminique, l'anémique, etc., qui ont besoin d'une hygiène des détails. Pour tous, il faut une éducation dans ce sens. S'ils obéissent, s'ils se laissent *soigner*, leur guérison est possible et souvent même extraordinaire. S'ils ne veulent pas, au contraire, suivre les conseils du médecin dans lequel ils ont placé leur confiance, sils veulent agir à leur guise, eh bien! qu'ils aillent traîner leur mal ailleurs ou qu'on les enferme dans un sanatorium.

Je doute qu'il puisse y avoir grande divergence d'opinions sur ce point entre nous et les médecins qui se sont occupés de cette question, mais, pour ne parler qne de ceux qui pratiquent sur le littoral, MM. Daremberg et H. Fremy, ils ont évidemment en vue, quoiqu'ils ne le disent pas nettement, la difficulté qu'il y a sur la plupart des points du littoral à faire suivre aux malades une hygiène rationnelle, et de les maintenir dans un milieu convenable sous tous les rapports.

Lorsqu'on arrive pour la première fois dans le Midi, on est persuadé que l'on va trouver une foule de dispositions de toutes espèces pour les malades, et l'on est tout étonné qu'on ait si peu voulu ou bien qu'on ait si peu su profiter des conditions admirables du pays. Bien plus, surtout depuis un certain nombre d'années, on a abîmé comme à plaisir tous les avantages que donnait la nature.

Les spéculateurs, les entrepreneurs, etc., ont envahi le littoral, et il a été abîmé en bien des endroits. On n'a tenu aucun compte de l'avis des hygiénistes et des réclamations des médecins.

Il nous faut bien l'avouer cependant, à l'exception de qnelques confrères, la plupart sont restés indifférents, et aujourd'hui ils paient leur apathie.

Il fallait avant tout empêcher la construction de maisons trop hautes — il fallait que chaque villa eût dn soleil et des arbres — il fallait éviter de bâtir dans les points mal abrités, et orienter les rues contre les vents qui soufflent le plus fort, etc., etc. On ne se figure pas combien nne rue froide fait de tort à une ville, ni combien une villa mal bâtie et mal située fait de tort à toute les autres villas.

Dans ce moment, il se construit à Monte-Carlo une série de villas dans un vallon, et par conséqnent dans nn point relativement froid, et, d'ici peu d'années, ces constructions seront peut-être la cause d'une réputation fâcheuse sur le climat de Monte-Carlo. Nous choisissons cet exemple parce que nous avons assisté à la création de cette petite ville, et que nous avons pu ainsi mieux nous rendre compte de ce qui s'est passé à Cannes, à Hyères, à Menton et à Nice.

A mesure que les emplacements bien orientés étaient couverts d'habitations, on allait construire ailleurs, et cela est extrêmement fâcheux. Si nous étions municipalité, ayant une autorité absolue, nous défendrions qu'on construisît en certaine points, et ce que les municipalités ne penvent pas faire, une association de médecins aurait pu le faire.

L'emplacement est important dans nos régions, car c'est de lui que dépendent bien des maladies aiguës.

Elles sont nombreuses les histoires qn'on raconte entre médecins et malades, de personnes s'enrhumant nulle part autant que dans le Midi, et de malades souffrant du froid ici plus qu'ailleurs. Nous en avons vu tellement d'exemples, et, d'un autre côté, nous sommes tellement convaincus de l'excellence de ce climat, que nous avons pris l'initiative de la création d'un établissement où toutes les conditions de topographie et de construction sont réunies pour le bien-être des malades. Ce n'est pas un sanatorium, ni un établissement fermé, mais, nous ne craignons pas de le dire, si les hôtels et les villas du littoral étaient construits d'après ce principe, jamais on n'aurait pu dire ni écrire que le Midi méditerranéen était peu favorable aux malades.

Nous ne voulons pas exagérer notre entreprise, ni croire que nous avons institué quelque chose de parfait. Mais nous voulons, d'une manière générale, indiquer les points principaux qui nous paraissent devoir dominer toute création de ce genre.

En premier lieu, choisir un point du littoral où le climat soit aussi bon que possible.

Etre en pleine campague, avec quelques promenades attrayantes, mais sans être trop éloigné d'un centre.

Exiger que toutes les chambres soient tonrnées au Midi. Cela diminue, il est vrai, le mombre de cbambres, mais c'est une nécessité absolue.

Ne pas laisser les parquets être faits en briques ou en marbre. On ne se figure pas combıen le plancher en bois maintient une température plus constante, tandis que, même avec des tapis, les carrelages de toutes espèces donnent froid et froid aux pieds, c'est-à-dire le plus dangereux des froids. D'ailleurs l'usage des tapis est nuisible.

Exiger que les moyens d'aération soient nombrenx. Pour cela, faire placer dans le haut des croisées de petites fenêtres qu'on puisse ouvrir en laissant une ouverture plus ou moins grande. Dans nn des coins de la chambre ménager un ventilateur que l'on puisse régler.

Exiger qu'on puisse aller au pavillon d'hydrothérapie, sans sortir en plein air.

Malheureusement tout cela augmente les frais de construction, et le public n'en tient nul compte,

Il faut l'avouer, la spéculation et un peu l'apathie du public médical sont les vrais causes du manque d'établissements de ce genre. On a voulu de suite gagner beaucoup d'argent, on a fait des hôtels-casernes, ou bien on a choisi des points dont le climat est détestable pour des malades.

Des établissements de ce genre coûtent fort cher à établir, et cependant ce serait de l'argent bien placé, car avec le temps ils finiront par rapporter, et cela en dépit des questions de mode, et c'est toute justice, car leur création a été utile au public et au pays.

Il faut donc, avec le désir de bien faire et d'être utile, le nerf de toute création, l'argent. L'appas des bénéfices étant éloigné, c'est une tâche énorme de grouper quelques capitaux, car les personnes vraiment philanthropes sont rares. Il faut, dans tous les cas, une conviction bien grande et un enthousiasme bien solide pour affronter tous les ennuis de pareilles créations.

Au lieu de faire des dépenses inutiles pour une foule de monuments, au lieu de pousser à un développement nuisible de maisons mal construites et d'employer une partie des sommes disponibles à faire de la réclame pour des fêtes et surtout pour des courses de chevaux, les municipalités auraient mieux fait de protéger et d'encourager des établissements de ce genre.

Les particuliers, d'un autre côté, auraient quelque mérite à dépenser leur argent dans ce but. Il est vraiment étonnant que, tandis que partout ailleurs il a été fait tant de fondations utiles et philanthropiques, sur le littoral seul, à des exceptions presque insignifiantes, malgré la présence de familles riches, rien de pareil n'a été créé.

Ce qui est plus triste à constater, c'est que dans d'autres pays, où les conditions sont moins bonnes, des capitalistes se sont groupés et ont facilité à plusieurs médecins les moyens de rendre service à l'humanité souffrante. Le docteur Fremy voudrait que l'Etat se chargeât de ce soin, mais n'est-ce pas trop reculer leur création? Aide-toi, le Ciel t'aidera.

En attendant, et c'est-là le but de cet article, n'est-ce pas l'occasion de dire à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont une influence dans cette région, de tenir compte de ce qui se passe ailleurs, de ne pas croire qu'il suffit d'avoir du soleil plus souvent que les autres pour pouvoir se croiser les bras, qu'il faut encore perfectionner ce que la nature a fait, qu'il faut mettre, selon une expression vulgaire, « tous les atous dans son jeu ». Même en donnant un meilleur climat à des malades, il faut encore se rappeler que l'hygiène, le meilleur agent curateur que nous ayons, doit primer les autres. C'est précisément par le manque d'hygiène dans les villes et dans les habitations que les stations hivernales du Midi risquent de perdre leur réputation, et cependant rien ne serait plus facile que de leur maintenir leur ancienne renommée. Il suffirait d'un peu d'énergie et d'entente entre les médecins et les administrateurs des communes. Rien n'est compromis, mais n'est il pas étrange que, dans une question médicale telle que celle du traitement de la phtisie, des médecins habitant le littoral aient dû chercher ailleurs les meilleurs modes de traitement?

Nous avons dit, au commencement de cet article, que dans les climats tempérés la méthode de Brehmer, de Dettweiler, etc., pouvait être surpassée. Nous avons essayé de le prouver, mais pour cela il faut cependant faire quelques efforts et sortir de l'apathie générale.

Mais on ne se figure pas combien c'est difficile, et ce qu'il faut de temps pour faire agir les habitants de ces pays! S'il n'en était pas ainsi, est-ce qu'il n'y a pas longtemps qu'ils seraient à la tête du mouvement pour tout ce qui est cure hygiénique des malades? Est-ce que nous aurions besoin de prendre la défense de leur climat et de leurs intérêts? Si nous n'y réussissons pas, au moins aurons-nous le mérite de l'avoir tenté. Mais, dans tous les cas, notre argumentation scientifique reste entière, car elle est au-dessus des erreurs que peuvent commettre les habitants et les municipalités, et même les médecins.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire de la maladie de Basedow (goître exophtalmique, maladie de Graves).

I. SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MALADIE DE BASEDOW, par G.-N. DUROUFI, de Moscou. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1887, n° 1, p. 448) — II. UN POINT DU DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE GRAVES, par le docteur R. NORRIS WOLFENDEN. (*The Practitioner*, 1887, n° 234, p. 8.) — III. SUR L'EXTENSION DU SYNDROME CONNU SOUS LE NOM DE MALADIE DE BASEDOW, par le professeur KAHLER, de Prague. (*Prager medic. Wochenschrift*, 1888, n° 30.) — IV. UN CAS DE MALADIE DE BASEDOW EN RAPPORT AVEC UNE AFFECTION DU NEZ, par le docteur FRAENKEL. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, n° 6, p. 111.) — V. GUÉRISON D'UN CAS DE MALADIE DE BASEDOW A LA SUITE DE L'AMÉLIORATION D'UNE AFFECTION NASALE, par le docteur HOPMANN. (*Ibidem*, n° 42, p. 850.) — VI. REMARQUES SUR DEUX CAS DE MALADIE DE BASEDOW, par S.-J. BARROW. (*The american Practitioner and News*, 29 décembre 1877.) — VII. UN CAS DE MALADIE DE BASEDOW GUÉRI AU MOYEN DE L'ÉLECTRICITÉ, par M.H. PELZER, de Mulheim. (*Therapeutische Monatshefte*; octobre, 1888, p. 464.) — VIII. SUR LE TRAITEMENT ET SUR QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES DE LA MALADIE DE BASEDOW, par M. VIGOUROUX. (*Progrès médical*, 1887, n° 43.)

I. Une théorie satisfaisante de la maladie de Basedow est encore à trouver. En 1878, M. Filehne, dans une communication à la Société de médecine d'Erlangen (*Sitzungsbericht der physikalich-medicinischen Societæt zu Erlangen*, 14 juillet 1888), a soutenu que les trois symptômes cardinaux de la maladie de Basedow — le goître, l'exophtalmie et l'accélération du pouls — sont d'ordres paralytiques et l'expression d'une paralysie vasculaire. A l'appui de sa thèse, M. Filehne avait invoqué les résultats de l'expérience suivante :

En sectionnant avec le bistouri, ou en touchant avec le galvanocautère certain point situé dans le quart antérieur du corps restiforme, M. Filehne a réussi à développer, chez des lapins, des manifestations de la maladie de Basedow ; c'était, le plus souvent, de l'accélération des contractions cardiaques, maintes fois aussi de l'exophtalmie, voire même que l'un des animaux en expérience a présenté la triade complète du syndrome décrit par Basedow.

M. DURDUFI est arrivé à des résultats analogues, en modifiant les conditions de l'expérience précédente. Avec un bistouri très fin, il sectionnait transversalement la moelle allongée, au niveau du bord inférieur du tubercule acoustique *(tubercule de Wentzel)*; la section mesurait 2 à 2 millim. 1/2 en longueur et ne dépassait pas 1 à 1 millim. 1/2 en profondeur. Dans le cas d'une section bilatérale, l'animal en expérience présentait de l'accélération du pouls. De plus, dès le lendemain de l'opération, les fentes palpébrales s'étaient élargies, et les globes oculaires paraissaient être proéminents; enfin, les pupilles étaient plus dilatées qu'avant l'opération. Cette dilatation était sans influence sur la motilité, le pouvoir réflexe et la sensibilité. Pendant une ou deux semaines, les animaux vivaient de leur vie normale, puis ils devenaient apathiques, se mettaient à maigrir et succombaient en l'espace de trois ou quatre semaines, avec les signes d'une anémie généralisée.

M. Durdufi reconnaît que les modifications de l'œil, décrites plus haut, ne sont pas toujours faciles à constater, à la suite d'une section bilatérale de la région susdite du bulbe. Quand la section est limitée à un seul côté, son retentissement sur l'état général est le même. Par contre, les modifications oculaires, limitées à ce seul côté, sont par cela même plus apparentes, outre qu'elles ont une tendance à s'accentuer du troisième au cinquième jour qui suit l'opération. Quant à la dilatation pupillaire, elle ne peut être constatée que moyennant certaines précautions. C'est que, à la suite de l'expérience en question, la réaction des papilles à la lumière n'est pas modifiée; il faut donc examiner les yeux sous un faible éclairage, pour mettre en évidence cette mydriase unilatérale. Lorsqu'ensuite l'animal a succombé aux suites de l'expérience, l'exophtalmie et la mydriase sont très apparentes sur le cadavre, du côté de la lésion expérimentale.

M. Durdufi conclut que la portion du bulbe, sectionnée dans l'expérience ci-dessus, est traversée par des fibres qui se rendent au centre cérébral dont l'excitation produit la dilatation des pupilles et la proéminence des yeux.

Mais tout cela ne nous apprend pas encore par quel mécanisme et à la suite de quelles lésions se développe la maladie de Basedow chez l'homme.

II. A propos de théories données de la maladie de Basedow, nous rappellerons que le professeur Charcot a fait rentrer cette affection dans les névroses. Les preuves à l'appui de cette manière de voir ont été exposées par deux élèves de M. Charcot, M. Marie : *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow* (Thèses de Paris, 1883), et M. Ballet : *De quelques troubles dépendant du système nerveux central observés chez les malades atteints de goître exophtalmique* (REVUE DE MÉDECINE, avril 1883).

Toute question de théorie mise à part, les observations de M. Charcot ont eu pour résultat acquis, d'étendre la symptomatologie du goître exophtalmique, de nous faire connaître des manifestations qui avaient échappé à Basedow, qui, de plus, sont précoces et doivent, par conséquent, entrer en ligne de compte lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui ne réalise encore que des fragments de la triade classique lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une forme fruste de la maladie.

Parmi ces manifestations, il en est deux qui méritent une mention spéciale : le tremblement, avec les caractères particuliers qu'il affecte dans les cas de maladie de Basedow; la diminution de résistance des nerfs au passage du courant électrique.

M. NORRIS WOLFENDEN a porté spécialement son attention sur ce dernier point. Dans deux cas de maladie de Basedow, il a constaté une diminution souvent considérable de la résistance des nerfs au passage du courant électrique, et dans un certain nombre de cas, il a pu se convaincre de la précocité de ce signe. Pour les détails un peu arides de ces recherches électro-diagnostiques, nous renvoyons au mémoire original de l'auteur.

III. M. KAHLER, ainsi que l'indique le titre de son travail, se rallie aux vues de M. Charcot concernant la symptomatologie et la nature de la maladie de Basedow.

Le médecin de Prague a publié l'observation d'une jeune femme de trente ans, chez laquelle les palpitations ont ouvert la marche aux autres symptomes du goître exophtalmique, y compris le tremblement et une série d'autres manifestations que l'auteur rattache à l'hystérie : paraplégie complète avec contracture irrésistible et atrophie des fléchisseurs, sclérème aux membres inférieurs, hyperhydrose se manifestant surtout sous l'influence des émotions morales et des excitations douloureuses.

E. RICKLIN.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE SUR LE FIBROME DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE, par P. LOISNEL. — Thèse de Paris, 1888.

Le fibrome de la paroi abdominale antérieure, qui s'observe avec une fréquence beaucoup plus grande chez la femme que chez l'homme (car l'étiologie ne reconnaît que deux causes: la grossesse et le traumatisme) se développerait, d'après M. Loisnel, aux dépens du tissu conjonctif et particulièrement dans le *fascia propria*.

La tumeur existe à l'état de fibrome ou de fibro-sarcome. La récidive est rare; cependant le fibro-sarcome peut se reproduire malgré une extirpation totale.

L'intervention n'est applicable qu'aux malades présentant des troubles fonctionnels.

Les adhérences péritonéales ne doivent pas autoriser le chirurgien à laisser une partie de la tumeur dans la plaie; le péritoine sera ouvert s'il en est besoin.

La guérison peut survenir, malgré la résection d'une certaine étendue de péritoine. Il faut avoir soin, dans ces cas, de donner aux intestins un revêtement séreux en étalant au-devant d'eux le grand épiploon et recourir à l'antisepsie la plus rigoureuse, ainsi qu'au drainage de la plaie.

Les malades devront porter ensuite un bandage ou une pelote contentive, afin de prévenir l'apparition d'une hernie au niveau de la cicatrice.

Dr A.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA MORT PAR HYPERTHERMIE ET SUR L'ACTION COMBINÉE DU CHLORAL ET DE LA CHALEUR, par J.-F. RALLIÈRE. — Thèse de Paris. G. Steinheil, éditeur, 1888.

Dans ce travail, fait sous l'inspiration du professeur Ch.

Richet, M. Rallière expose les résultats d'une trentaine d'expériences, presque toutes sur des chiens (28 chiens, 2 canards et un ânon), et arrive aux conclusions suivantes :

La température du corps peut être portée momentanément à 5° et même 6° au-dessus de son chiffre normal sans entraîner la mort, pourvu que l'élévation thermique soit rapide et le refroidissement immédiat. L'hyperthermie est dangereuse non seulement par son intensité, mais par sa durée. Les animaux échauffés et revenus ensuite à leur température normale ne sont pas, par ce fait même, hors de danger ; ils peuvent encore succomber et, dans ces cas, la mort survient en hypothermie dans les vingt-quatre heures qui suivent l'expérience. Le chloral combiné à la chaleur est très toxique.

Le chloral paraît contre-indiqué dans tous les cas d'hyperthermie intense ou d'état hyperthermique modéré, mais prolongé.

Il y aurait donc lieu de tenir compte, ce qui n'a pas été fait jusqu'ici, de la température de l'organisme dans l'emploi des médicaments.

Dr F. A. S.

HYDROLOGIE

De l'emploi des eaux minérales pendant l'hiver. — Le traitement par les eaux minérales si efficace, dans la belle saison, peut-il être encore utile en hiver ? Quelles sont les eaux qui doivent avoir nos préférences, les maladies où elles pourront rendre le plus de services ?

Telles sont les questions que nous nous proposons de traiter dans une étude sommaire, à une époque de l'année où elles méritent tout particulièrement d'être résolues.

Considéré à son point de vue général, le traitement hydriatique comprend les bains, les boissons et les conditions accessoires de séjour.

Les bains et le séjour font défaut en hiver, mais l'étude des eaux prises à l'intérieur conserve toute son actualité, avec cette considération en plus, que la question de composition et celle de conservation, qui en est la conséquence, acquiert ici une importance considérable.

On ne peut douter, en effet, que les eaux arsénicales et les eaux alcalines froides, par exemple, conservent hors de la source toutes leurs propriétés en tant que boissons.

Mais peut-on en dire autant de certaines eaux à température élevée et notamment des eaux sulfureuses ?

C'est par cette question qui nous paraît la plus intéressante que nous aborderons notre étude.

Les eaux chaudes doivent le plus souvent à leur température élevée la nécessité de dissoudre divers éléments et de les dissoudre en quantité déterminée en traversant certaines couches géologiques.

La température favorise en outre diverses combinaisons chimiques très bien étudiées par les hydrologues, mais il est certain que le refroidissement avant ou après l'embouteillage, modifie d'une façon très sérieuse la composition intime de l'eau, et partant ses propriétés thérapeutiques.

De sorte que ces eaux, si efficaces quand on les prend à la source au moment de leur émergence, alors qu'elles sont vivantes, pour ainsi dire, ont perdu plus tard toutes ou presque toutes leurs propriétés. Ce ne sont plus que des eaux mortes dont le nom seul subsiste.

La plupart des eaux sulfureuses sont dans ce cas, et il ne faut pas s'étonner si, prises au loin, elles donnent tant de mécomptes.

Il serait intéressant cependant, aux époques de l'année où le séjour aux sources n'est pas possible, de pouvoir faire usage de ce moyen thérapeutique parfois si puissant.

Parmi les eaux sulfureuses qui remplissent le mieux les conditions de conservation indispensables au traitement d'hiver, nous citerons en première ligne l'eau minérale froide de Saint-Boès, à la fois sulfureuse forte, goudronneuse (huile de naphte), arsénicale, iodrée et ferrugineuse.

Sa minéralisation si complexe et si curieuse, et les nombreuses applications qui en découlent en font, en effet, une eau véritablement unique et qui nous offre en toute saison une ressource des plus précieuses.

La réclame, dont le vent souffle à outrance sur la plupart des eaux minérales, ne s'est guère occupée encore des eaux de Saint-Boès ; aussi, quoique fort employées par un certain nombre de personnes initiées, sont-elles presque ignorées de beaucoup de praticiens, — ce qui est à regretter, — et ce qui constitue pour nous une raison de plus pour les faire connaître.

Leur composition nous montre d'un coup d'œil les nombreuses affections auxquelles elles peuvent raisonnablement s'appliquer, et où on les a administrées, en effet, avec succès, nous avons hâte de le dire, avec Gubler, Garrigou, Bertherand, Cazenave de la Roche et beaucoup d'autres.

Dans les affections des voies respiratoires, on possède à la fois, sous la forme si assimilable que revêtent les eaux minérales, le soufre, l'huile de naphte, l'iode et l'arsénic donc l'action curative concourt séparément au même but : aussi ne faut-il pas s'étonner des excellents résultats qu'on en retire.

Bien mieux que chacun de ces médicaments administrés isolément ou entrant même dans une seule préparation pharmaceutique l'eau de Saint-Boès produit des effets remarquables dans le catarrhe chronique ou celui qui, succédant à la bronchite aiguë, fait s'éterniser les rhumes ; dans l'asthme humide, la laryngite et la pharyngite, et enfin dans diverses périodes ou formes de la phthisie pulmonaire. (Gubler, Cazenave de la Roche, Bertherand, Gillet de Grandmont, Pietra-Santa, etc.). Ni le soufre ou les balsamiques seuls, goudron, térébenthine, créosote, terpine, etc. n'arrivent à produire les mêmes effets, et il est facile en cette saison de faire la comparaison.

Dans toutes les dermatoses si nombreuses où sont indiqués le soufre, l'arsénic, le goudron et l'iode, l'eau de Saint-Boès agit également de la façon la plus efficace, et le professeur Gubler les conseillait tout particulièrement.

Il les conseillait également dans les affections des voies urinaires, cystique chronique, catarrhe invétérée de la vessie, blennorrhée, etc., de même que dans les affections catarrhales chroniques de l'utérus et du vagin, et nous avons relevé à cet égard de nombreuses observations qui montrent toute leur puissance (Gubler, Nogaret, Labillonne, Bousquet, Garrigon, etc.).

Les eaux de Saint-Boès s'administrent à jeun, deux fois par jour, par verre à liqueur, quart et demi-verre ordinaire, selon l'âge, la maladie et les effets produits, ce que le médecin peut facilement apprécier.

Et comme, en raison des éléments minéraux et antiseptiques qui la composent et de leurs combinaisons chimiques, l'eau de Saint-Boès se conserve fort longtemps après avoir été débouchée, si on a le soin de mettre un bouchon non percé, et de tenir la bouteille bouchée, il y a dans son emploi une question d'économie qui doit entrer en ligne de compte pour un traitement variant de quinze jours à un mois.

Dans un autre article, nous continuerons cette revue des eaux minérales dont l'action est aussi efficace au loin qu'à la source, et peut, par conséquent, être mise à profit pour un traitement d'hiver.

(Semaine Médicale.)

BULLETIN

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a tenu mardi dernier sa séance publique annuelle sons la présidence de M. Hérard. Le bureau, suivant la tradition, avait revêtu le costume officiel; les dames, en grand nombre, avaient envahi les places des Accdémiciens, fort clairsemés; le pnblic — un pnblic habitué de ces solennités — se pressait dans la partie de l'enceinte qui lui était réservée. Programme invariable : Rapport sur les prix décernés, par le secrétaire aunnel; proclamation des lauréats, par le Président; éloge d'un membre décédé, par le secrétaire perpétnel.

Le rapport de M. Proust n'en est pas un, à proprement parler; c'est plntôt un discours, une dissertation à propos de trois ou quatre prix, en particulier du prix Farlet. Nous n'entendons nullement par là faire la critique du travail de notre excellent confrère. L'auditoire auqnel il s'adressait ne lui permettait guère une lecture aride, comme celle d'nn rapport complet, mais terre-à-terre; il l'a antrement intéressé par une longue digression sur l'hypnotisme, eujet constamment à l'ordre du jour, dans lee salons comme dans les cliniques.

M. Prouet, qui a manifesté l'intention de céder à un autre collègue les fonctions de secrétaire, qu'il remplit si bien depuis six ane, a rendu un dernier hommage à la mémoire de ceux que l'Académie a perdus pendant cette période sexennale; le nombre en eet de 31. Si ce chiffre de la mortalité était le taux normal, l'Académie se renouvellerait entièrement en 15 ou 18 ans. Et, de fait, si nous nous reportons de 20 ans en arrière, rares eont lee académiciens de cette époque que nous voyons encore aujourd'hui occuper leur fauteuil. C'est sans doute par ironie qu'on donne le nom d'immortels aux membres des Académies.

Après la proclamation des lauréats par le président, M. Bergeron a prononcé l'éloge de Mélier. Certaines affinités de caractère et d'études ont sans doute dicté ce choix au savant secrétaire perpétuel. Mélier, en effet, n'est pas une de ces grandes figures qui s'imposent à l'admiration des contemporains et aux suffrages de la postérité; c'était surtout un homme laborieux, digne, correct en toutes choses, d'un jugement droit, d'un dévouement absolu aux fonctions qu'il avait acceptées. De telles qualités, non moins qne les dons du génie, rendent les hommes qui les possèdent utiles à leurs semblables, à la science, à leur pays. Mélier en est un exemple, et l'on ne eaurait blâmer M. Bergeron d'avoir donné à cet exemple la conséeration d'un éloge académique.

Le portrait qu'il tient de Mélier est des plus ressemblants : « Son abord, un peu froid, dit-il, ou au moins réservé, n'altérait en rien, ni la cordialité de ses rapports avec ses collègues, ni l'affahilité bienveillante de son accueil à l'égard de ses jeunes confrères. Au reste, tout, dans sa personne, était en parfaite harmonie; sa démarche grave, sa tenue correcte, sa parole mesurée et toujours courtoise, tout révélait en lui une rare distinction et les habitudes d'une vie sérieuse où tout était réglé, mais réglé par l'amonr du travail et le culte du devoir. »

La vie scientifique et administrative de Mélier se confond avec les transformations et les progrès de nos institutions sanitaires, transformations et améliorations auxquelles il a pris une si large part; aussi la plus grande partie du discours de M. Bergeron est consacrée à une étnde rétrospective de ces institutions, étude pleine d'intérêt, et nons ajonterons d'utilité au moment où il s'agit de codifier en nne loi nouvelle les dispositions que l'hygiène actuelle a démontrées les meilleures.

Et, à ce sujet, M. Bergeron redresse, en passant, certaines erreurs relatives à la compétence des hommes chargés de diriger l'hygiène publique. « Certes, dit-il, ce n'est pas moi qui contesterai qu'un chimiste, nn ingénieur, nn architecte, voire même un administrateur habile, soient pour le médecin hygiéniste de précieux, d'indispensables collaborateurs; mais c'est à lui qu'avant tout appartient la direction de l'hygiène publique.

« Le médecin seul connaît la loi de la physiologie normale, lui seul sait en reconnaître les troubles, lui seul auesi sait rechercher et découvrir la canse de ces troubles; c'est donc lui seul qui est capable de prévoir, de reconnaître, dans leur variété infinie, les dangers qui menacent sane cesse la santé publique, et c'est lui senl aussi, par conséquent, qui pent indiquer les mesnres propres à en prévenir on à en atténuer les effets. Ce serait donc, à mon avis, commettre une étrange erreur et s'exposer à de regrettables mécomptes que de confier, à d'autres mains qu'à celle des médecins, cette direction suprême de l'hygiène qu'appellent depuis longtemps de leurs vœux tous les hommes qui ont souci de la santé publique et ceux-là surtout qui, par leurs fonctions, ont mission de veiller sur elle. »

Plus loin, après avoir rappelé les sages principes d'hygiène publique et d'hygiène internationale établis par Mélier et ses successeurs dans la direction des services sanitaires, M. Bergeron montre les difficultés que l'on rencontre à passer de ces principes à l'exécution des mesures qui en découlent : « On ne peut le méconnaître, dit-il, ce qui rendra toujours si difficile la tâche de l'hygiène, c'est que, pour être vraiment utile, il faut qu'elle impose, soit à l'individu dans la vie privée, soit à la population dans son ensemble, une gêne, une privation ou un sacrifice; en vue d'un bien qu'elle promet, mais qui n'apparaît que dans un lointain plus ou moins obscur.

« Le malade qui souffre exécute assez volontiers la prescription dont il attend un soulagement à brève échéance; mais, lorsqn'après sa guérison, son médecin veut le convaincre que, ponr conserver sa santé, il lui faut de toute nécessité renoncer à ses goûts, à ses habitudes, à ses passions qui peuvent de nonveau le compromettre, l'individn, s'il est bien élevé, remercie dn conseil et ne change rien à sa manière de vivre; et tont de même, lorsqu'une population est affectée par les ravages d'une épidémie, on peut, au nom de l'hygiène, lui imposer de très lourds sacrifices, la peur les lui fera accepter sans résistance; mais lorsque s'est effacé chez elle le souvenir de l'épidémie qui l'a décimée, c'est en vain que l'hygiéniste s'efforce de lui persuader qu'elle se préservera à coup sûr de pareils désastres en assainissant ses habitations, ses rues, ses ports, on en se soumettant aux revaccinations, elle restera sourde à ces sages conseils, à moins qu'une loi n'intervienne pour la défendre, malgré elle; en attendant que les nations civilisées arrivent enfin à s'entendre pour consacrer à la destruction des maladies pestilentielles, à leur foyer d'origine, les milliards qu'elles dépensent aujourd'hui pour perfectionner des engins de destruction dont l'homme doit être la seule victime. »

M. Bergeron ne se fait pas d'ailleurs illusion eur la réalisation de cet idéal, qui repose sur la sagesse des nations et de

ceux qui les gouvernent, autant dire, suivant lui, sur la refonte de l'humanité. C'est sans doute une raison de plus, pour que les hygiénistes redoublent d'activité, de persévérance, de toutes les qualités en un mot propres à donner à leur parole, à leurs avis, l'autorité la plus grande possible, et, sous ce rapport, la vie de Mélier peut à juste titre leur servir d'exemple et d'encouragement.

D^r F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1888. — *Prix de l'Académie*. — 1,000 francs. — Question : « Physiologie du nerf pneumogastrique. »

Prix Alvarenga, de Pianhy (Brésil). — 800 francs.

Prix Barbier. — 2,000 francs. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Prix Henri Buiguet. — 1,500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix Capuron. — 1,000 francs. — Question : « Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne. »

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : « Des troubles de la sensibilité dans le tabes. »

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question : « Des néoplasmes congénitaux. »

Prix Desportes. — 1,300 francs. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1800.

Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Huguier. — 3,000 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, « sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections » (non compris les accouchements).

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1,000 francs. — Question : « De la croissance au point de vue morbide. »

Prix Laborie. — 5,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval. — 1,000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis. — 4,000 francs. — Question : « Des médications antithermiques. »

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 fr. Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. »

Prix Oulmont. — 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Portal. — 800 francs. — Question : « De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales. »

Prix Pourat. — 900 francs. — Question : « Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'intervention des vaisseaux lymphatiques. »

Prix Vernois. — 700 francs. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le siège de la nouvelle École, sans doute arrêté depuis longtemps dans les Conseils du gouvernement, n'est pas encore officiellement connu. Lyon, appuyé, dit-on, par le Conseil de santé, paraît sûr de la victoire, mais Bordeaux ne désespère pas encore. La concurrence de Paris semble toute platonique. Nancy, par la bouche de M. Beaunis, revendique hautement les anciens droits de Strasbourg, mais s'incline patriotiquement devant des raisons d'ordre militaire, s'il en existe, et fait à la défense nationale le sacrifice de ses intérêts. Nous recommandons tout particulièrement à nos lecteurs le discours que le savant professeur a prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Nancy, et dans lequel, en termes non moins émouvants qu'émus, il a fait revivre pendant un instant l'École du service de santé militaire et la Faculté de médecine de Strasbourg.

— LA QUESTION DES ÉGOUTS DEVANT LE SÉNAT. — On a distribué le rapport de M. Cornil sur l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris. La discussion va donc venir très prochainement à l'ordre du jour. Les conclusions du rapport sont favorables au projet de loi.

ÉPIDÉMIES. — A Toul règne une épidémie de petite variole maligne. La municipalité a pris les mesures nécessaires et fait désinfecter les rues. On revaccine tous les soldats. Le collège et les écoles ont été licenciés.

— Une épidémie de suette miliaire assez grave sévit depuis quelques semaines entre Buzançais et Villedieu. Elle offre cette double particularité, curieuse à noter, qu'elle a succédé à une épidémie de rougeole et qu'elle a commencé dans les localités même où elle s'était terminée l'an dernier.

— Une épidémie de scarlatine règne depuis près d'un mois dans la garnison du fort de Tournous, près de Barcelonnette. Un certain nombre de malades ont dû être envoyés à l'hôpital. L'autorité militaire a pris toutes les mesures qu'il convenait pour enrayer les progrès du mal. Elle a réussi. Un certain nombre de soldats de la classe 1884, ont été envoyés en permission.

— La fièvre jaune vient de faire son apparition dans l'île de Palma (N.-E. du groupe des Canaries) distante de 72 milles de Ténériffe. Elle y a été apportée par le trois mâts espagnol *Triudfo*, venant de Cuba, avec escale à New-York. La panique a été extrême dans l'île. Sur 4 à 5,000 habitants que compte Santa-Cruz de la Palma, centre principal, c'est à peine si une centaine de familles est restée dans l'île. Tout le reste a fui dans les montagnes. Les provenances de cette île ont cessé d'être admises en libre pratique dans les forts de la Péninsule, mais le port d'escale des lignes de l'Amérique du Sud, Las Palmas de la Gran Canaria, étant indemne, reste ouvert aux navires.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cavalier, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, décédé dans cette ville à l'âge de soixante-sept ans.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE EN 1889. — La 57e session de l'Association médicale britannique aura lieu à Leeds du 30 juillet au 2 août 1889, sous la présidence de M. Wheelhouse.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 2 AU SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1888

Fièvre typhoïde 17.— Variole 4.— Rougeole 37.—Scarlatine 3. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup, 42. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 177.— Autres tuberculoses 18. — Tumeurs : Cancéreuses 39. — Autres 8. — Méningite 25. — Congestion et hémorr. cérébrales 52. — Paralysie 4.— Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 68.— Bronchite aiguë 33. — Bronchite chronique 40. — Broncho-pneumonie 23.— Pneumonie 36. — Gastro-entérite : Sein 9. — Biberon 43. — Autres 5 — Fièvre et périt. puerpérales 4. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale 20. — Sénilité 34. — Suicides 11. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 153. — Causes inconnues 10. — Total de la semaine: 942 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le docteur Gallois vient de publier à la librairie J.-B. Baillière et fils la quatrième édition de son *Formulaire*. Cette nouvelle édition, enrichie de près de 400 formules nouvelles, est au courant des plus récentes conquêtes de la thérapeutique. L'ouvrage reste néanmoins un formulaire de poche, commode par son format et facile à conseiller, grâce au plan suivi et aux dispositions typographiques adoptées. — Prix : cartonné, 3 fr. 50.

Conférences cliniques sur les maladies des femmes, par le docteur G. Bernutz, médecin de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux. Un volume in-8o de 792 pages. — Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

La Prostitution, au point de vue de l'hygiène et de l'administration en France et à l'étranger, par le docteur L. Reuss. Paris, 1889. Un volume in-8o de 636 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par le docteur P. Durey-Comte. Un volume in-8o de 127 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Les irresponsables devant la justice, par M. A. Riant, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un volume in 16 de 306 p.— Prix : 3 fr. 50.— Paris, 1888, Bibliothèque scientifique contemporaine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE

DE LA CRÉOLINE, par MM. G. LEMOINE, agrégé, médecin adjoint à l'Asile de Bailleul, et DELGREIL, interne du service.

C'est à peine si la créoline a été jusqu'à présent expérimentée en France, bien qu'elle soit depuis un an d'un usage très répandu en Allemagne. Cela tient très probablement à l'engouement que présentent toujours nos voisins pour les médicaments nouveaux, et peut-être aussi au monopole par lequel ils ont eu le soin d'en protéger la fabrication. Il semble cependant que pour cette fois leur engouement soit justifié et que la créoline soit réellement un antiseptique destiné à prendre une place importante en thérapeutique. Quelques publications récentes ayant suffisamment fait connaître les premiers essais dont elle a été l'objet, nous glisserons rapidement sur l'historique de la question pour exposer les résultats que nous en avons obtenus chez nos malades.

C'est Fraehner (de Berlin), qui utilisa le premier les propriétés de la créoline ; à sa suite, Esmarch, Kortum, Hiller et bien d'autres, s'en servirent et vantèrent ses avantages. En France, à part quelques essais faits par le professeur Heydenreich et par Lichtwitz (de Bordeaux), elle n'a pas encore été employée couramment, croyons-nous, ou du moins, elle n'a fait le sujet d'aucun travail original.

Sa composition chimique n'est pas encore très bien connue, car c'est un produit très complexe; elle est le résultat de la distillation sèche des huiles de goudron de houille et dérive ainsi de la créosote de houille débarrassée de son acide phénique par l'addition de résine et de soude. C'est un liquide de couleur brun-foncé, de consistance visqueuse, répandant une odeur extrêmement pénétrante, que l'on peut comparer à celle du bitume en fusion ou de certains goudrons. M. Heydenreich dit que cette odeur se dissipe rapidement, contrairement à ce qui a lieu pour l'acide phénique et l'iodoforme ; nous la croyons, au contraire, très pénétrante, et elle imprègne les objets de pansement pendant un temps très long. Mélangée à l'eau, la créoline donne une émulsion laiteuse qui devient jaunâtre au bout de vingt-quatre heures et presque noirâtre après quelques jours; il se forme alors au fond de la bouteille un dépôt de matière noire insoluble.

L'émulsion se fait avec une certaine lenteur ; les gouttes de créoline qu'on laisse tomber dans l'eau y prennent une forme sphéroïdale et ressemblent à des grains de cassis. Cette émulsion se fait mieux dans de l'eau salée tiède ; la préparation ainsi faite ne se conserve guère et doit être renouvelée chaque jour : il est probable que la créoline dont nous nous servons n'offre pas toujours la même composition et que ses propriétés sont par conséquent variables. Elle est très soluble dans l'alcool; dans l'éther, sa solubilité est moindre et le mélange offre un aspect lactescent.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES.

Décembre 1888.

La carrière pharmaceutique ouverte aux femmes en Russie. — Causes de l'abstention des Françaises pour l'étude de la pharmacie. — Multiplication des doctoresses. — Les femmes-médecins de Salerne : Trotula et autres. — Une Judith salernitaine : Stephania. — Le docteur J.-B. A. Baudin. — Fêtes universitaires.

Pourquoi donc les femmes n'aspirent-elles pas à exercer la pharmacie ? Elles semblent avoir pour cela des aptitudes presque naturelles. Précautions, minuties, habileté à faire des paquets, surveillance d'une maison et d'un magasin, vie sédentaire!

Et cette aptitude est un fait si vrai, si général, que dans maintes communes ce sont des religieuses qui délivrent des remèdes, que dans plus d'une maison hospitalière où il n'y a pas de pharmaciens et aussi dans certaines administrations qui accordent gratuitement les soins médicaux, ce sont des femmes qui exécutent les ordonnances.

Aussi avons-nous vu avec plaisir que le Ministre de l'Instruction publique, *en Russie* « a émis un avis favorable sur l'admission des femmes à la profession de pharmacien. Dorénavant, elles seront admises en qualité d'élèves dans les pharmacies, dit la REVUE SCIENTIFIQUE (no du 8 septembre), après avoir présenté un certificat des quatre classes des gymnases, la langue latine comprise. Elles pourront ensuite obtenir le titre de pharmacien après avoir passé une série d'examens dans une des Facultés de l'Empire. »

Nous ne pouvons qu'approuver cette mesure, ajoute la REVUE SCIENTIFIQUE, car la profession de pharmacien, sédentaire, fort minutieuse, peu fatigante en somme, convient parfaitement aux femmes, beaucoup mieux que celle de médecin, et on se demande par suite de quel singulier préjugé aucune femme, en France, n'a embrassé cette carrière.

* * *

Mais oui, on se demande pourquoi. Nous nous sommes maintes

Un des inconvénients de la créoline, c'est qu'elle détermine une irritation assez prononcée quand elle est mise en contact avec les muqueuses, inconvénient qu'elle partage du reste avec la plupart des substances antiseptiques. Une goutte d'une solution à 2 %, mise sur la langue, détermine sur les points qu'elle touche une sensation de gêne, comme après une très légère brûlure. Les pulvérisations qu'on est amené à faire dans les fosses nasales ou dans le pharynx produisent également une certaine irritation locale et sont particulièrement désagréables, par suite de l'odeur pénétrante du médicament. Prise à l'intérieur, à la dose de quelques gouttes dans une potion, elle produit une sensation de gêne tout le long de l'œsophage et au creux épigastrique et fait naître dans la bouche un goût de créoline qui persiste toute la journée et provoque des renvois. Aussi, quand on s'en sert pour l'usage interne, doit-on la donner en capsules ou en pilules pour éviter par ce moyen son contact immédiat avec la muqueuse des voies digestives supérieures.

Les solutions que l'on préconise pour l'usage externe sont celles de 1 à 2 % quand il s'agit de laver des plaies ou de désinfecter les instruments; la dose est seulement de V à X gouttes pour un litre d'eau quand il s'agit d'agir sur les muqueuses des fosses nasales ou du pharynx. A l'intérieur, elle a été donnée par Neudœrfer en pilules contenant chacune 1 centigramme de créoline (9 par jour), et par Hiller en capsules à la dose d'un gramme. Nous l'avons prescrite à nos malades à la dose de XX gouttes dans une potion alcoolique de 120 grammes.

Un des principaux avantages de ce nouvel antiseptique serait, paraît-il, de ne pas être toxique à des doses considérables. Frœnher en aurait fait absorber à des chiens jusqu'à 50 grammes sans que ces animaux en soient incommodés; M. Spaeth et deux de ses collègues ont pu en prendre jusqu'à 8 grammes par jour sans éprouver de troubles sérieux. Mais, à côté de ces faits concluants, nous ne pouvous nous empêcher de citer le cas d'empoisonnement par la créoline constaté par M. Rosin, relaté dans un des derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. Il s'agissait d'une malade à laquelle on faisait des lavages dans le vagin et dans l'utérus avec des solutions à 2 %; la quantité de liquide injecté dans l'utérus en trois jours fut d'environ 7 à 8 litres. Au bout de ce temps, des vomissements survinrent, la température s'abaissa et la femme succomba dans le collapsus.

Il est vrai qu'un simple calcul permet de constater que près de 140 grammes de créoline avaient été injectés dans la cavité utérine. Rien d'étonnant, par conséquent, à ce que l'absorption d'une partie d'une quantité aussi considérable de substance active ait déterminé une intoxication.

C'est comme désinfectant que la créoline a d'abord été employée. Une émulsion à 1 % enlève presque aussitôt toutes les mauvaises odeurs, dit Esmarch ; il est vrai qu'elle y substitue la sienne, qui n'est nullement agréable : disons toutefois, pour être juste, qu'elle est encore préférable à celle de l'acide phénique. En Allemagne, on l'a substituée avec avantage à l'acide phénique pour la désinfection des objets de pansement et des instruments de chirurgie ; son emploi est d'autant plus indiqué dans ce cas qu'elle joint à ses propriétés désinfectantes des propriétés antiseptiques de premier ordre, l'eau créolinée ayant sur certains agents infectieux une action beaucoup plus marquée que celle de l'acide phénique. En émulsion de 2 1/2 à 5 0/0, elle tue presque instantanément la bactéridie du charbon, les microbes du choléra des poules, de la morve et le staphylococcus pyogenes aureus. Le bacille tuberculeux est rapidement détruit par une émulsion à 3 0/0. Son action est également énergique contre les parasites animaux (sarcoptes) et les parasites végétaux de la peau (favus, tricophytes).

Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'expérimenter la créoline dans un bien grand nombre de cas, mais cependant les résultats qu'elle nous a donnés ont été si significatifs que nous pouvons dès à présent les publier.

Nous nous en sommes particulièrement servis pour enlever l'odeur des plaies de mauvaise nature, pour hâter la cicatrisation des eschares, contre l'ozène, l'érysipèle, l'angine pultacée et l'anthrax furonculeux; dans la plupart des cas, le succès a été extrêmement rapide : il en a été de même quand nous l'avons donnée à l'intérieur contre la diarrhée.

Le pouvoir désinfectant de la créoline est certainement très supérieur à celui de l'acide phénique quand il s'agit des plaies cancéreuses. Nous avons pu nous en apercevoir en nous en servant d'abord chez une femme atteinte d'une énorme tumeur ulcérée du sein et chez deux malades ayant un cancer de l'utérus. Chez la première, où il s'agissait d'une plaie très

fois posé cette question et, après bien des réflexions, nous sommes obligés de convenir que la faute en est à nos lois, et rien qu'à nos lois! En effet, pour devenir pharmacien même de deuxième classe, l'Etat exige un stage de trois ans. Et là est sans doute la cause réelle, ou au moins la cause principale, de l'éloignement des femmes pour les études pharmaceutiques. Ce ne sont pas des aptitudes, ni des connaissances qui suffisent à nos exigences gouvernementales. Il faut d'abord avoir séjourné dans une officine. Or, à moins d'avoir pour père ou pour frère un pharmacien, il est difficile à des jeunes filles d'entrer à poste fixe dans une officine. On comprend facilement leur répugnance.

En somme, ce n'est guère qu'à l'exercice de la pharmacie illégale que les femmes pourront prétendre en France, tant que les lois aujourd'hui en vigueur n'auront pas subi une sérieuse modification.

* * *

Par contre, nos confrères médecins n'ont qu'à se bien tenir. Ils sont tous les jours menacés dans leurs attributions par l'invasion du sexe faible dans la pratique médicale(1). Sans parler de la France, où le nombre des doctoresses va croissant, il y a déjà en Russie 342 femmes qui exercent la médecine. A New-York, il en existe 450. A Brooklin, et dans les autres Etats de l'*Union*, le nombre des femmes serait encore plus considérable. D'après la Gazette officielle du gouvernement de Turkestan, lisons-nous dans la REVUE DES SCIENCES ET DES LETTRES (1), les dames médecins, qui exercent dans cette province, doivent soutenir une lutte des plus pénibles contre les préjugés de la population mahométane. Les femmes sartes ne consentent à se faire soigner par les dames médecins que moyennant un pourboire ou un cadeau.

* * *

Aussi ne nous paraît-il pas inopportun de montrer que cette sorte d'empiètement sur les domaines qui semblent réservés au sexe fort n'est pas chose nouvelle. Et justement, dans une thèse soutenue au mois de mai dernier par M. Bécavin sur *l'Ecole de Salerne*, nous trouvons des renseignements bons à signaler. Nous

(1) Qu'on se rappelle le bruit fait la semaine dernière, surtout dans la presse extra-médicale, à propos de la soutenance de la thèse de Mlle Schultze, *la femme-médecin au XIXe siècle.*

(1) Septembre 1888, page 136.

vaste, le pansement consistait à faire deux fois par jour des lavages avec une solution à 2 0/0 et à maintenir le reste du temps sur la tumeur des compresses trempées dans la même solution. Quant aux deux autres, on fit très rapidement disparaître la mauvaise odeur des sécrétions utérines par des injections avec une solution faible de V à VII gouttes de créoline par litre d'eau. Il est encore à noter que, non seulement l'odeur disparut complètement, mais encore que les sécrétions purulentes diminuèrent d'une façon très marquée.

Les eschares que nous avons si souvent à soigner chez les déments et les paralytiques généraux, et dont la guérison est toujours extrêmement difficile et longue avec les moyens ordinaires, sont heureusement modifiées par la créoline, et leur cicatrisation suit une marche rapide. Son premier effet est d'enlever l'odeur et de tarir les sécrétions; puis, dès le deuxième ou troisième jour de son emploi, de donner à la surface ulcérée une teinte rosée de bonne nature et de la faire bourgeonner. Nous nous sommes servis pour obtenir ces résultats de lavages avec la solution à 2 0/0 et d'applications permanentes sur l'eschare d'une poudre composée de 2 grammes de créoline pour 100 grammes d'acide borique, ainsi que l'indique Lichtwitz. La guérison par ce mode de pansement est plus rapide qu'avec l'iodoforme et exclut les dangers d'intoxication qui peuvent être consécutifs à l'absorption de ce dernier.

Dans un cas d'érysipèle grave ayant envahi le dos et les portions latérales du tronc chez une malade épileptique, des pulvérisations faites deux fois par jour, chaque fois avec environ 250 grammes de la solution à 2 0/0, arrêtèrent net la marche de la maladie. Dès le lendemain, l'érysipèle avait perdu sa teinte rougeâtre pour devenir beaucoup plus pâle, et vingt-quatre heures après il n'était plus représenté que par quelques îlots sans relief, en voie de décroissance. L'état général de la malade se maintenait très bon. Nous ne pouvons évidemment pas tirer une conclusion de l'observation d'un seul cas, mais nous pouvons dire que les érysipèles que nous observons à l'état endémique à l'Asile de Bailleul, au nombre d'une trentaine par an, sont toujours graves et parfois suivis de mort. Celui-ci, traité par la créoline, a certainement présenté des allures beaucoup plus bénignes que les autres. Nous aurons sans doute ultérieurement l'occasion d'expérimenter encore ce mode de traitement, et nous pourrons formuler une opinion plus précise.

Nous n'avons pas obtenu le même succès en faisant des pulvérisations avec une solution de créoline sur deux anthrax furonculeux. Là, la créoline se montra très inférieure à l'acide phénique, la sécrétion purulente persista abondante, l'anthrax continua à s'étendre et à conserver un mauvais aspect. Aussi dûmes-nous remplacer les pulvérisations de créoline par les pulvérisations d'acide phénique, ce qui modifia très heureusement du jour au lendemain la marche de la maladie. Rien d'étonnant à cet insuccès, car tout antiseptique a des indications particulières et échone dans d'autres cas.

Dans plusieurs cas d'amygdalite folliculaire, Lichtwitz s'est servi de gargarismes créolinés (1 à 2 0/0), et chez les enfants d'injections buccales d'eau créolinée (0,2 à 0,5 0/0); il vit les follicules enflammés se nettoyer très vite et l'haleine perdre son odeur fétide. Dans deux cas d'angine pultacée, accompagnée de malaise général et de fièvre, nous nous sommes très bien trouvés des pulvérisations faites dans la gorge, 12 ou 15 fois par jour, avec une solution de V gouttes pour 1000 grammes. Le soir même du jour où fut institué ce traitement, les plaques pultacées s'étaient débarrassées de l'exsudat qui les recouvrait et la rougeur des parties voisines était diminuée. Le lendemain soir, l'angine pouvait être considérée comme guérie; il ne subsistait plus qu'une légère rougeur sur les piliers du pharynx, et le gonflement des amygdales avait disparu.

Disons encore qu'une amélioration brusque de l'état général s'était produite parallèlement à celle de l'état local et que la fièvre, la céphalalgie et le malaise, s'étaient rapidement amendés. Les pulvérisations amènent à leur suite une légère sensation de cuisson, très supportable, et n'ont pas d'autre inconvénient; leur emploi est donc extrêmement facile.

C'est le même mode de traitement que nous avons employé dans un cas d'ozène vraie. La malade en était incommodée depuis environ 15 ans; elle n'avait pu s'en débarrasser, malgré les divers traitements auxquels elle était soumise. Des pulvérisations faites trois fois par jour dans les fosses nasales eurent raison de la fétidité en quarante-huit heures; au bout de ce temps, la malade ne répandait plus aucune mauvaise odeur. Les pulvérisations furent continuées encore pendant plusieurs jours pour assurer la guérison; peut-être sera-t-il encore besoin d'en faire de nouvelles de temps à autre, afin d'éviter une rechute. Mais il paraît bien certain qu'une guérison complète pourra être obtenue.

---

y voyons, en effet, par une foule de textes empruntés aux auteurs salernitains « qu'il y avait à Salerne un grand nombre de femmes-médecins (medichesse), et qu'elles y étaient fort recherchées par les malades et fort estimées par les maîtres de l'Ecole, qui les citent parfois comme de véritables autorités ». Jean Platearius l'Ancien et son fils, Jean Platearius II, mentionnent une foule de remèdes que ces dames employaient souvent, et dont les Salernitaines faisaient grand cas (onguent contre les coups de soleil, onguent d'odeur suave pour adoucir la peau, pommade rendant aux cheveux leur souplesse). Les Salernitaines avaient imaginé des pilules contre la strangurie et la dysurie. Elles prescrivaient aussi à leurs nobles clientes la bryone pour rougir la face, des poudres pour éclaircir le teint, des pommades contre les hémorrhoïdes, des injections astringentes et des fomentations contre les écoulements utérins, des suppositoires, des épithèmes dans les affections stomacales et intestinales.

Bernard le Provincial, dans ses Commentaires sur les Tables de Maître Salernus, cite aussi certaines pratiques superstitieuses auxquelles se livraient les *Mulieres salernitanæ*, médecins et non médecins. Ainsi, pour guérir la mélancolie, il fallait cueillir la bétoine le jour de l'Ascension, vers la troisième heure, et dire un *Pater noster*. Pour ne pas trop dessécher et ne pas avoir soif pendant le carême, les femmes devaient prendre le jour des cendres, à leur premier repas, des cardons et de la petite laitue; pour oublier les amis morts, il suffisait de manger du cœur de truie farcie ».

* * *

Parmi ces femmes-médecins de Salerne, quelques-unes ont fait plus que laisser des traces de leur existence. Il en est qui sont arrivées à la célébrité. Grâce aux patientes investigations de S. de Renzi, la personne de Maëstra Trotula n'appartient plus à la légende, et son nom n'est plus un mythe. Cette femme célèbre vivait à Salerne sous les derniers princes lombards, vers le milieu du XI° siècle. D'après S. de Renzi, elle aurait été la femme de Platearius l'*Ancien*, et par conséquent l'aïeule de toute une lignée d'Asclépiades italiens qui illustrèrent l'Ecole pendant deux siècles.

Dans le principal Traité que nous avons de Trotula (1), on ne peut guère signaler « que le conseil de prendre des bains de sable au

(1) *De morbis mulierum et eorum cura*

Nous sommes encouragés dans cette idée par les excellents résultats obtenus dans des cas semblables par les autres expérimentateurs. C'est, en effet, dans les maladies du nez, des oreilles et de la gorge, que la créoline produit des effets remarquables, et Schnitzler la recommande dans toutes les affections de la cavité buccale, dues à des micro-organismes ; elle lui a été d'une grande utilité contre la tuberculose laryngée.

A l'intérieur, nous n'avons utilisé la créoline que contre la diarrhée, et encore avons-nous dû en restreindre son emploi, n'ayant pas en notre possession des capsules de créoline et devant donner le médicament en potions, extrêmement désagréables à prendre. C'est chez des paralytiques généraux et des déments, dont les diarrhées sont toujours très rebelles, que nous nous en sommes servis. Tandis que chez ces malades, ni le laudanum, ni le bismuth, ni même le phosphate de chaux, ne donnent de résultat certain, la créoline a réussi à ramener des selles normales au bout de vingt-quatre heures après qu'elle avait été ingérée à la dose d'un gramme. Chez tous, il fut inutile de continuer l'usage du médicament plus de 1 à 2 jours. Ce résultat est donc tout en faveur de la créoline ; mais nous nous demandons s'il n'y a pas quelque inconvénient à mettre en contact avec l'estomac une substance que nous voyons irriter les muqueuses assez vivement ; pour se prononcer, il faudrait poursuivre ces essais pendant assez longtemps et sur des malades pouvant mieux décrire leurs sensations que ceux que nous avons à notre disposition à l'Asile de Bailleul. Il faudrait aussi s'assurer, avant de vulgariser l'usage médical de la créoline, qu'elle n'exerce aucune influence fâcheuse sur le foie ou sur les reins en s'éliminant et qu'elle n'a pas de tendance à s'accumuler dans l'économie. Tant que des recherches toxicologiques précises n'auront pas été faites, nous croyons qu'il est nécessaire d'agir avec prudence en faisant ingérer de la créoline aux malades, et nous n'en voulons comme preuve que le cas d'empoisonnement que nous avons déjà cité.

CLINIQUE MÉDICALE

I. Albuminurie post-variolique. — II. Lésions mitrales d'origine rhumatismale. — Bruit de galop chez les goutteux ; leçon clinique de M. le professeur Peter, à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur H. B.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III. J'ai maintenant à vous parler d'un troisième malade chez qui nous avons reconnu l'existence d'un bruit de galop. C'est un homme couché au no 1, et qui présente dans les urines une petite quantité d'albumine. Nous le trouvons dans son lit, oppressé, la respiration courte ; de plus, c'est un goutteux.

Si vous ouvrez le livre de Garrod, c'est en vain que vous y chercheriez les lésions du cœur et des vaisseaux. Pour Garrod, la goutte c'est l'uricémie, c'est-à-dire l'accumulation dans le sang des urates et de l'acide urique ; vous connaissez tous son expérience d'un fil qu'on suspend dans le sang et qui se couvre de fins cristaux d'acide urique et d'urates. Donc, uricémie, voilà la lésion humorale, voilà la cause des lésions articulaires, des lésions rénales. Cette conception est trop étroite.

Il n'est pas douteux qu'il n'y ait une accumulation de principes uratiques dans le sang. Qu'on y voie un trouble de l'assimilation, un ralentissement de la nutrition, ou le résultat d'une alimentation trop azotée, ou d'une combustion incomplète des matières albuminoïdes qui ne vont plus dans leurs transformations nutritives, jusqu'au dernier terme, l'urée, peu importe : il reste un fait incontestable, c'est l'accumulation des déchets uratiques, d'où les dépôts tophacés qui se font dans les tissus. Mais ce n'est là qu'un des côtés de la question : les goutteux peuvent être asthmatiques. On me dira que c'est l'acide urique qui excite le pneumogastrique ; soit, mais il n'en reste pas moins un fait bien acquis, c'est la fréquence des lésions du cœur, des lésions des vaisseaux, lésions qui caractérisent ce qu'on a appelé l'artériosclérose.

Dès lors, notre malade devient intéressant. Il a eu des attaques de goutte, surtout aux genoux ; nous constatons à l'auscultation du cœur un bruit de galop, sans autre lésion orificielle, sans bruit de souffle. Qu'est-ce que c'est? Qu'est-ce que cela veut dire? On a fait jouer dans la pathogénie du bruit de galop l'influence de l'albuminione, ayant recours à je ne sais quelle théorie quintessenciée d'un empoisonnement du cœur. Je me suis déjà insurgé autrefois contre cette théorie, contre cette doctrine. Et, en fait, il n'y a pas à faire inter-

---

bord de la mer pour faire maigrir les femmes par l'excès de la transpiration ; le chapitre sur les soins à donner à l'enfant nouveau-né, et dans lequel se trouve la recommandation malheureusement encore trop suivie aujourd'hui, de pétrir et de façonner la tête, le nez et les membres de l'enfant ; enfin le chapitre sur le choix d'une nourrice et sur l'hygiène et le régime que celle-ci doit suivre. »

La dentition et l'apprentissage de la parole sont pour Trotula l'objet de soins particuliers ; elle recommande les hochets recouverts de sucre ou de miel pour adoucir les gencives, les images pour récréer la vue ; le doux langage et les caresses pour donner a l'enfant une voix délicate. On peut lire encore dans cet ouvrage un chapitre intéressant sur les polypes utérins et la manière de les soigner.

Trotula ne s'occupait pas seulement des maladies des femmes et des accouchements, mais encore de toutes les autres branches de l'art de guérir. Ainsi, dans les différents Traités qui composent le *Compendium salernitain*, entr'autres dans le *De secretis mulierium passionibus* et le *De ægritudinum curatione* « il y a des chapitres empruntés à Trotula sur l'épilepsie, sur les maladies des yeux et des oreilles, sur les affections des gencives et des dents ; sur la façon de provoquer le vomissement, sur les coliques intestinales, sur les moyens de resserrer ou de relâcher le ventre. »

M. Bécavin nous donne encore quelques détails sur quelques confrères de Trotula ayant exercé la médecine à Salerne. Citons la doctoresse Abella, qui écrivit un Traité sur l'atrabile et un Traité en vers sur la *Génération*. Citons aussi Constanza Calenda (1430), dont le père, Salvatore Calenda, qui était doyen du Collège médical de Naples, fit l'éducation médicale ; Mercuriade et Rebecca Guarna, qui rédigèrent aussi différents Traités et Opuscules.

* * *

Rappelons surtout aujourd'hui l'histoire d'une Judith d'un nouveau genre, de Stéphania, qui était la femme du patricien romain Crescentius, de ce Crescentius qui, ayant entrepris d'arracher l'Italie au joug des Empereurs d'Allemagne fit et défit plusieurs papes, chassa Grégoire V de Rome, se fit nommer consul et administra la République pendant dix-huit ans, sinon plus.

Attaqué à son tour par Othon III, il fut vaincu, eut la tête tranchée, et Stéphania fut abandonnée à la brutalité des soldats

venir l'albuminurie; la vérité, c'est qu'on peut observer le bruit de galop en même temps que cette dernière, mais sa coexistence n'est pas nécessaire : il n'y a aucun rapport entre les deux faits.

Cette théorie a eu cela de bon du moins, qu'elle a fait examiner les urines des malades chez qui on rencontrait le bruit de galop. Et l'albumine une fois constatée, l'attention se dirige du côté du rein, et l'idée de la néphrite interstitielle s'impose à l'esprit. Or, cette néphrite interstitielle n'est pas la conséquence de l'artériosclérose, elle est contingente; c'est une preuve de la généralisation de la lésion artérielle, c'en est un des côtés, si vous voulez. Et je dirai, il y a bruit de galop non pas parce que *néphrite interstitielle*, mais parce que *artériosclérose*.

Notre malade du numéro 1 est un artérioscléreux. Ce fait nous est révélé par le plateau que nous a donné son pouls sur le tracé sphygmographique. Et il est artérioscléreux parce qu'il est *goutteux*, j'ajoute parce qu'il est *alcoolique*.

Comment se fait-il, dès lors, que cette artériosclérose généralisée donne lieu à un bruit de galop? C'est que, dans l'état général de la circulation du sang, il n'y a pas que le cœur, il y a aussi les muscles vasculaires, les muscles des parois artérielles; ce sont ces deux forces, muscles cardiaques, muscles vasculaires qui, combinées, concourent à la circulation du sang. Le cœur, c'est la force qui fournit le gros débit. Les artères, elles, se contractent pour laisser à chaque organe ce qui est nécessaire à son fonctionnement, et ce fonctionnement est éminemment variable pour certains organes qui, comme les glandes, peuvent être considérés à l'état de repos ou d'état de fonctionnement. Il y a donc dans la circulation deux ordres de muscles. Les muscles vasculaires, eux, sont innervés par le sympathique; ceux du cœur le sont à la fois par le sympathique et le pneumogastrique.

Lorsqu'il y a un trouble dans le débit par lésions valvulaires, le premier acte compensateur est un acte musculaire cardiaque. La contraction ventriculaire est plus énergique, et aux extrémités de l'arbre circulatoire, l'action des muscles vasculaires le devient également. Il y a mise en action des deux actes compensateurs musculaires.

Mais les muscles se fatiguent, s'épuisent; d'où les œdèmes, les congestions. Donc, la maladie qui a commencé par les valvules finit par les vaisseaux. Chez notre malade, c'est le contraire : la maladie a commencé par les vaisseaux, et finit par le cœur. Mais alors pourquoi ce dédoublement, ce bruit de galop? Eh bien, c'est qu'il y a défaut de synchronisme dans la contraction ventriculaire. Le ventricule droit et l'artère pulmonaire sont sains; le cœur droit n'est pas gêné dans son fonctionnement, tandis que le ventricule gauche retarde par défaut ou perte de l'élasticité des artères. Chez ce malade, par conséquent, le débit du sang se fait mal, et cela du fait de la circulation périphérique. Aussi dirais-je : *Bruit de galop : Maladie des artères*. Et si j'insiste sur ce point, ce n'est pas simplement pour le plaisir de faire un diagnostic précis. Non, Messieurs, mais c'est qu'il y a là un signe d'une gravité pronostique indiscutable. Malheur à celui qui a un bruit de gaop : celui-là a commencé sa maladie du cœur par la fin. La circulation *périphérique est gênée*, le *ventricule gauche s'hypertrophie*. Tels sont les deux termes du processus morbide. Il n'y a pas à faire intervenir cette gêne circulatoire dans les artères rénales, théorie qu'a lancé dans la science Traube et qui avait abouti à l'aphorisme : *petit rein, gros cœur*.

La néphrite interstitielle n'est qu'un incident de généralisation de la maladie des artères.

Ces gens-là ont de la dyspnée, des congestions, des œdèmes; ils *meurent vite* et, sachez-le, c'est quelquefois chez des malades qui viennent vous consulter pour de l'oppression, que vous trouvez un bruit de galop; c'est souvent alors une affaire de quelques mois pour que le dénouement se produise. Le plus fréquemment, il n'attend pas plus d'une année. Je me rappelle avoir observé un agent de change qui, en moins de trois mois, était mort. Il avait continué d'aller à la Bourse et avait éprouvé de grosses émotions Cet acte psychique a son importance; ce sont des gens qui ont du surmenage des artères, ainsi qu'on l'observe chez les hommes politiques, chez les hommes de guerre, chez les amiraux. Ces gens-là, à 50 ans, ont le bruit de galop, et ils meurent parfois quelques mois après vous avoir consulté pour de simples battements de cœur. Ils succombent souvent à une attaque d'apoplexie. A l'autopsie, vous trouvez un gros cœur, c'est vrai, mais les artères se sont rompues du fait de leurs lésions propres, et non comme on le disait autrefois, à cause de l'hypertrophie ventriculaire, qui augmente la force de l'impulsion du cœur et le choc du sang dans les vaisseaux.

---

allemands. Mais, trois ans plus tard, elle parvint à se rapprocher d'Othon III en lui faisant parler de son habileté dans l'art de la médecine : elle devint sa maîtresse en même temps que son médecin et en profita pour lui verser un poison qui le fit mourir dans de longues et horribles souffrances en 1102 (1).

Nos confrères de Salerne, même du sexe féminin, savaient donc être patriotes!

***

Le docteur Baudin, on le voit, avait eu des prédécesseurs en patriotisme dans notre monde médical.

Le JOURNAL DE LA SANTÉ, par la plume du docteur Félix Brémond, nous a donné justement des détails médicaux sur ce représentant du peuple; et des détails qui viennent bien à point, car combien parmi nos confrères, et surtout parmi les manifestants du 2 décembre dernier, ignoraient que celui dont ils honoraient la mort sur la barricade du faubourg Saint-Antoine, était un médecin.

Né à Nantua le 20 avril 1811, Jean-Baptiste-Alphonse Baudin, après avoir étudié la médecine à Lyon, entra au Val-de-Grâce en 1830. Signalé, dit M. Brémond, pour sa belle conduite pendant le choléra de 1832, lauréat de l'Ecole militaire, il avait droit à un avancement rapide, mais ses opinions nettement républicaines le laissant dans un grade inférieur, il abandonna la chirurgie des armées, et il vint, en 1837, s'établir à Paris, 1, rue des Martyrs, comme médecin praticien. Dans ce quartier, où il exerça pendant douze ans, Baudin a laissé une réputation de désintéressement qui ne s'est pas éteinte.

Il avait été reçu docteur le 21 mars 1837 à la Faculté de Paris avec une thèse sur la duodénite chronique.

***

Mais, dans notre monde professionnel, il nous est donné d'assister à des manifestations *historiques* d'un autre genre que celles qui touchent à la politique. Ainsi, l'an dernier, Bologne a su célébrer dignement le 8e centenaire de la fondation de son Université, et en attendant que la Faculté de Montpellier célèbre de son côté par une fête qui est depuis plusieurs mois annoncée pour l'an prochain, le 7e centenaire du groupement de ses Ecoles en centre universitaire, Bruxelles vient de fêter l'autre samedi avec un enthou-

(1) Cela n'est peut être qu'une légende, car l'historien Ditmar de Mersebourg prétend que cet empereur mourut d'une rougeole.

Lors donc que vous aurez acquis la certitude qu'un malade est artérioscléreux, vous pourrez porter un pronostic très grave, lorsque vous entendrez le bruit de galop. Le malade dont je vous ai parlé tout à l'heure avait eu des épistaxis. Cette hémorrhagie entre dans le même cadre pathogénique que les hémorrhagies cérébrales. C'est un signe d'une réelle valeur, surtout si les moyens ordinaires ne la combattent pas efficacement. Dans ces cas, recherchez les signes de l'induration des artères, le plateau du tracé sphygmographique, l'albumine dans les urines, le bruit de galop cardiaque.

Ce que je veux que vous reteniez de ce que je viens de vous dire, c'est ceci : *Bruit de galop sans souffle, bruit sinistre.* Le malade est condamné à mort à bref délai.

Mais cela ne veut pas dire qu'il ne faille rien faire. Si c'est un surmené, vous ordonnerez le repos et une hygiène psychique convenable; médicalement, s'il y a de l'albumine dans les urines, vous mettrez votre malade au lait, mais pas exclusivement; enfin vous donnerez l'iodure de potassium, qui est ici la médication par excellence. De la sorte, vous enrayerez les accidents les plus pressants, vous prolongerez l'existence de votre malade. C'est tout ce que nous pouvons faire dans ce cas.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Entérolithes de l'appendice vermiculaire. — Pérityphlite et péritonite suppurées. Mort. — par le docteur Adrien Pozzi, ancien interne des hôpitaux.

L'observation que nous publions a été recueillie par nous dans le service de notre maître, le docteur Troisier, à la Pitié.

La rapidité fatale du dénouement, la méconnaissance de la lésion exacte, la possibilité d'une intervention active et efficace montrée par l'autopsie, nous ont paru donner de l'intérêt à ce fait. Nous avons pu, par nos recherches, nous convaincre que rares ont été les interventions opportunes, et que les points de repère du diagnostic étaient loin d'être fixés.

B..., âgé de 20 ans, entre le samedi 18 août 1888 à la salle Monneret, où il est couché au n° 4. Il se plaint de coliques vives, avec localisation dans la fosse iliaque droite.

Né de parents vigoureux, il est lui-même d'une bonne santé habituelle; jamais il n'a été obligé d'interrompre ses occupations pour cause de maladie. Il n'est point tousseur. Cependant, en l'interrogeant avec soin, il finit par avouer qu'il a eu, quelquefois à droite, des douleurs *néphrétiques*, mais rien qui ressemblât à celles dont il se plaint aujourd'hui.

Il y a neuf jours, notre jeune homme fut pris brusquement, dans la matinée, de coliques violentes avec gargouillement, coliques qu'il ne savait à quelle cause attribuer. Les jours précédents, il avait été parfaitement sobre, et il avait, la veille, pris son repas ordinaire.

En même temps, le malade éprouve de la constipation, mais qui ne dure pas. Ces coliques se calment, mais laissent après elles une douleur vive dans la fosse iliaque droite; cette douleur spontanée, aggravée par la pression, d'abord sourde, devient lancinante, gravative, et le malade de lui-même, pour la combattre, se met un large vésicatoire dans la région de la fosse iliaque droite.

Depuis quatre jours, il ne dort plus; il a maigri et se sent épuisé.

Le malade qui se présente à nous est un grand jeune homme au teint pâle; les traits sont tirés, les yeux cernés, et de son attitude générale se dégage une impression de profond abattement. Il est dans le décubitus dorsal, sans attitude spéciale. La langue est épaisse, large, blanche et humide.

A l'*inspection* de l'abdomen, l'on ne trouve point un ventre ballonné; peut-être il y a-t-il une légère voussure au niveau de la place marquée par le vésicatoire. Aucune tache sur la peau.

A la *palpation*, le ventre est généralement indolore; mais, au niveau de la région iliaque droite, la sensibilité est extrême. Cette sensibilité n'est pas cependant très superficielle; lorsqu'on palpe légèrement, le malade n'accuse aucune douleur; lorsque, par des mouvements brusques sur les régions voisines, on détermine de proche en proche des mouvements de la paroi abdominale, l'indolence persiste. Nous avons plusieurs fois répété cette sorte de *ballottement abdominal* avec le même résultat; mais l'on provoque des douleurs extrêmement vives par une pression profonde, même en agissant avec la plus grande douceur, graduellement et sans secousses. Disons tout de suite que cette douleur est aggravée dans une autre condition : le malade ne peut se mettre complètement sur son séant, tellement sont douloureuses les sensations de la fosse iliaque.

La palpation trouve dans la région de la résistance, mais point de tumeur, point d'induration ou d'empâtement. La région est encore élastique sous le doigt, et il semble que ce soit surtout la réaction douloureuse provoquée par l'exploration qui empêche de pé-

siasme extraordinaire l'anniversaire de la fête de Verhaegen, fondateur de l'Université libre de Bruxelles : « Les étudiants sont venus, drapeaux déployés, dit la Presse médicale belge, saluer la statue de l'illustre personnage. Ils se sont rendus de là au cimetière, où ils ont déposé une couronne sur sa tombe. Le soir, les professeurs, suivant la coutume, se sont réunis en un banquet; l'entrain y a été plus grand que jamais et, au moment où passait le cortège des étudiants, leurs délégués ont été invités à venir fraterniser avec leurs professeurs. De part et d'autre, des paroles agréables ont été échangées, et on a, une fois de plus, juré fidélité à l'Université et à ses libres principes scientifiques. Qu'il en soit ainsi, ce ne sera que justice. »

Le culte des gloires nationales n'est donc pas l'apanage exclusif de notre France. Il est de tous les temps et de tous les pays. Et tant mieux pour l'honneur de l'humanité quand les hommages s'adressent à de vrais bienfaiteurs, à des promoteurs du progrès.

Dr Peter-Paul Somans.

Épidémies. — A la suite de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi ici, principalement sur la population militaire, M. Collignon, médecin major au 26e de ligne, signala les eaux de la « Divesse » comme cause probable de l'épidémie. L'analyse qui en fut faite au Val-de-Grâce prouve, en effet, qu'elles étaient souillées par des matières fécales et qu'elles contenaient en proportion notable des bacilles d'Eberth.

Le conseil municipal a, en conséquence, voté les fonds nécessaires pour procéder à des analyses bactériologiques des eaux d'alimentation de la ville.

— *Variole.* — L'épidémie de variole de la Martinique continue à s'améliorer; mais des mesures sanitaires sont toujours prises dans cette île.

— *Fièvre jaune.* — L'épidémie de la Floride est en décroissance notable.

Concours de la médaille d'or. — Les concours de la médaille d'or de médecine et de chirurgie se sont terminés par les nominations suivantes :

Médecine. — MM. Widal, médaille d'or; Laffitte, médaille d'argent; Lesage, accessit.

Chirurgie. — MM. Albarran, médaille d'or; Sébileau, médaille d'argent; Delbet, accessit.

nétrer aussi profondément que dans la fosse iliaque gauche.

A la *percussion*, on trouve partout de la sonorité.

L'examen des régions lombaires ne révèle rien à la percussion; pas de sensibilité anormale, pas de matité exagérée.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt; il est indolore.

La rate paraît normale. Rien du côté des poumons. Cœur intact.

Les urines sont claires et ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le malade a été à la selle, et évacue quelques matières demi-molles, sans caractère particulier. T. 39,6.

On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz et du lait comme alimentation.

Le lendemain, 19, l'on trouve le malade dans le même état. L'état général et l'état local n'ont pas changé. T. 38,2.

Le *soir*, la douleur de la fosse iliaque semble s'être étendue; le ballottement abdominal est douloureux. Le malade a une selle peu abondante. On ordonne un lavement à la glycérine pour le lendemain. T. 39,8.

Le 20, au matin, l'on trouve le malade plus abattu encore que la veille. Le ventre semble légèrement ballonné. La douleur est moins vive, mais plus généralisée. Le malade est oppressé; il n'a pas vomi, n'a pas eu de hoquets. Il se plaint surtout de douleurs vives, de sensations de brûlure en urinant, et il urine fréquemment. Les urines n'ont cependant pas changé de caractère, et leur examen aux réactifs est toujours négatif.

A la palpation, la fosse iliaque est sensible, rénitente; mais on ne peut en aucun point trouver une tumeur ou un empâtement.

Vers midi, le malade commence à vomir; le ventre se ballonne, la respiration devient pénible. Le pouls est petit T. 40,2. Le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE.—L'examen cadavérique montra que toutes les lésions étaient localisées dans la cavité abdominale. Les poumons étaient intacts, ainsi que les plèvres et le cœur.

A l'ouverture de l'abdomen, l'on trouva une péritonite purulente généralisée, avec des fausses membranes agglutinant les anses intestinales.

Le foie, les reins, ne présentèrent rien de spécial; la vessie étudiée attentivement, ne montra aucune lésion: mais elle baignait dans le pus remplissant tout le petit bassin. Les intestins, ouverts avec précaution, étaient sains jusqu'au niveau de la fosse iliaque droite. En ce point, le cæcum était fortement adhérent; mais autour de lui, en apparence, ne se trouvait aucun foyer inflammatoire.

On le détacha, ainsi que son appendice, avec précaution, et l'on trouva la disposition suivante: l'appendice, long de 10 c., était replié le long de la face postérieure du cæcum; ces deux organes étaient reliés par des fausses membranes épaisses, dans lesquelles on trouva un foyer purulent pouvant contenir un petit œuf de poule.

Le cæcum ouvert fut trouvé libre de matières fécales, d'aspect et de consistance normales. L'appendice examiné ne présentait aucune perforation; mais, à la palpation, on sentait des corps durs dans son intérieur. Ouvert, il présenta des parois épaisses, molles; pas de pus.

On y trouva, séparés par 1 centimètre de distance, deux petits corps étrangers. Ces petits corps, de la forme et du volume d'un noyau de cerise, un peu grenus à leur surface, étaient d'un blanc-grisâtre lorsqu'on les retira de leur cavité; ils ont, par dessication, pris une couleur café au lait clair. Ils sont fort durs. Nous avons coupé une de ces concrétions; elles présentaient un noyau brun-clair, tombant facilement en poussière, sans odeur, et formées à la coupe de détritus difficiles à définir. Tout autour, se trouvaient des matières de même nature, mais disposées par couches concentriques, s'effritant au grattage. Le tout est contenu dans une enveloppe calcaire homogène et résistante.

Ce sont les seuls calculs que nous ayons rencontrés chez cet homme; nous avons soigneusement examinés la vésicule biliaire, les bassinets, la vessie, sans rien découvrir.

En somme, nous nous sommes trouvés en présence d'un homme ayant un abcès profond, dont la rupture a déterminé l'apparition d'une péritonite mortelle. Il a succombé à un accident aigu d'une affection datant de loin, et dépendant de la présence de ces corps étrangers, que leur aspect et leur composition rangent parmi les concrétions d'origine fécale, qu'on a souvent trouvées dans les cas de perforation de l'appendice iléo-cæcal. Il s'est développé dans le voisinage, lentement, un processus inflammatoire, avec des exacerbations, correspondant évidemment avec ces prétendues crises de coliques néphrétiques.

La dernière poussée a abouti à la formation d'un abcès, sans que cependant il y ait eu communication entre le foyer inflammatoire et la cavité intestinale. La formation de cet abcès s'est caractérisée par cette élévation de température, mais trop profondément situé, protégé par son écorce épaisse le limitant et empêchant la formation d'une propagation inflammatoire déterminant un empâtement révélateur, il échappait à la constatation manuelle. Peut-être le toucher rectal nous eût-il mieux renseigné. Nous regrettons de ne pas y avoir eu recours.

Le diagnostic eût été d'autant plus important à faire que cet homme pouvait être sauvé.

Il avait une lésion circonscrite: enlever son foyer, c'était empêcher la complication mortelle. On est déjà intervenu et on a fait la laparotomie en pareille circonstance; mais, le point délicat et non suffisamment précisé, c'est le diagnostic de l'intervention.

Peut-être pourrait-on trouver, par la comparaison des faits publiés, des données plus certaines permettant d'être moins surpris à l'avenir. C'est ce que nous nous proposons de rechercher dans un prochain travail.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Contributions à l'histoire de la maladie de Basedow (goître exophtalmique, maladie de Graves).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. UN CAS DE MALADIE DE BASEDOW EN RAPPORT AVEC UNE AFFECTION DU NEZ, par le docteur FRAENKEL. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1888, no 6, p. 111.)—V. GUÉRISON D'UN CAS DE MALADIE DE BASEDOW A LA SUITE DE L'AMÉLIORATION D'UNE AFFECTION NASALE, par le docteur HOPMANN. (*Ibidem*, n° 42, p. 850.) — VI. REMARQUES SUR DEUX CAS DE MALADIE DE BASEDOW, par S.-J. BARROW. (*The american Practitioner and News*, 29 décembre 1877.) — VII. UN CAS DE MALADIE DE BASEDOW GUÉRI AU MOYEN DE L'ÉLECTRICITÉ, par M. H. PELZER, de Mulheim. (*Therapeutische Monatshefte*; octobre, 1888, p. 464.) — VIII. SUR LE TRAITEMENT ET SUR QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES DE LA MALADIE DE BASEDOW, par M. VIGOUROUX. (*Progrès médical*, 1887, n° 43.)

IV. M. FRAENKEL a communiqué à la Société de médecine de Berlin (séance du 18 janvier 1888) l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, qui s'était présenté à sa policlinique

avec les symptômes de la maladie de Basedow, forme fruste. Le malade portait un goître volumineux, très vasculoire; il avait de la tachycardie (120 P.), mais pas d'exophtalmie, pas de tremblement. La tumeur goîtreuse s'était développée en très peu de temps. Le malade fut soumis à un traitement par les courants continus, galvanisation du grand sympathique.

Dans le cours du traitement, on reconnut que le malade était affecté d'un rétrécissement des fosses nasales. On lui fit sur le cornet inférieur, à gauche, des applications du galvanocautère, indépendamment des applications du courant continu sur le cou. Quelques jours après, la tuméfaction du lobe gauche de la glande thyroïde avait considérablement diminué, et il en était de même de la fréquence du pouls.

Pendant les trois semaines qui suivirent, le traitement fut réduit aux applications du courant galvanique sur le cou, avec alternance du sens du courant; la tuméfaction du lobe droit du corps thyroïde n'avait pas diminué. Fraenkel se mit alors en devoir de cautériser la fosse nasale droite; en l'espace de quatre jours, le lobe droit de la thyroïde avait subi une diminution de volume très manifeste, la circonférence du cou avait diminué d'un demi-centimètre. Au moment de la présentation du malade, la fréquence du pouls était normale et la tumeur goîtreuse avait diminuée d'un cinquième.

Dans la discussion qui a suivi, l'exactitude du diagnostic (maladie de Basedow) porté par M. Fraenkel a été contestée; Virchow a résumé cette partie de la discussion en posant en fait que Basedow, à l'époque où il a décrit la maladie à laquelle il a légué son nom, n'aurait pas accepté de faire entrer dans la nouvelle entité morbide un cas sans exophtalmie. Enfin M. Remak s'est demandé si M. Fraenkel n'avait pas été victime de quelque illusion ou de quelque erreur de mensuration, lorsqu'il constatait chez son malade une réduction considérable de la tumeur goîtreuse, qui ne se traduisait mathématiquement que par une diminution d'un demi-centimètre de la circonférence du cou.

V. M. Fraenkel avait cité un autre fait du même genre que le sien, signalé en 1886 par M. Hack. Ce second fait concerne un malade, dont l'observation détaillée vient d'être publiée par M. Hopmann.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui était venue consulter M. Hopmann en 1883 pour une rhino-pharyngite sèche: mucosités à la surface du pharynx, toux, expectoration muqueuse et, en outre, abattement, faiblesse dans les jambes, palpitations, douleurs dans les yeux, marquées surtout à droite. Ces douleurs, contusives et lancinantes, duraient depuis deux ans, et se compliquaient d'un épiphora périodique. Le simple contact d'une serviette avec la figure réveillait ces douleurs. La patiente se plaignait en outre de voir des mouches volantes dans son champ visuel et d'être sujette, le soir, à la céphalalgie frontale droite. La pression des yeux était très douloureuse. Les globes étaient proéminents, celui de droite surtout.

L'existence de cette exophtalmie a été constatée par un oculiste, M. Samelsohn, ainsi que l'intégrité du fond de l'œil et de l'appareil dioptrique.

Le cas fut considéré comme un exemple d'une des formes frustes (exophthalmie et tachycardie) de la maladie de Basedow. D'autre part, M. Hopmann, ayant eu maintes occasions d'améliorer ou de guérir des affections oculaires rebelles, en dirigeant un traitement approprié contre une affection nasale concomitante et négligée jusqu'alors, s'attaqua à la rhinopharyngite de sa patiente: Introduction dans les fosses nasales, par l'arrière-gorge, de petits tamponnets d'ouate destinés à ramollir les croûtes adhérentes à la muqueuse.

Déjà, au bout de quelques jours de traitement, la malade se sentait soulagée; la céphalalgie frontale, l'épiphora et la sensation de pression douloureuse localisée dans l'œil droit avaient diminué. L'examen rhinoscopique fit découvrir ensuite, entre le cornet moyen atrophié et la lame ethinoïdale, des petits polypes muqueux, dont trois fragments, du volume d'un grain de café chacun, furent extirpés. L'amélioration première fit des progrès rapides. La fréquence du pouls tomba de 130 à 100; la pression du globe oculaire droit était beaucoup moins douloureuse que par le passé; retour des forces. Plus tard, l'exophthalmie disparut à gauche. La malade voyait beaucoup moins de mouches volantes. A un moment donné, elle pouvait être considérée comme guérie. Le traitement par les petits tampons avait été continué; la malade l'interrompit plus tard et eut une récidive de sa pharyngite. Les autres manifestations, en rapport présumé avec la maladie de Basedow, n'ont pas reparu.

M. Hopmann constate que, dans l'état actuel de nos connaissances anatomiques, il est difficile d'expliquer comment une irritation de la muqueuse naso-pharyngée peut, par voie réflexe, engendrer une affection oculaire; que pour arriver à une explication plausible, il y aurait lieu de poursuivre les connexions des nerfs du nez avec le ganglion ciliaire et le ganglion rhinique.

VI et VII. On pourrait, à propos de ces deux observations, soulever la question de l'unité de la maladie de Basedow. Il s'agit là, en somme, de faits exceptionnels, tant au point de vue de l'étiologie présumée qu'au point de vue de l'efficacité de la médication mise en œuvre.

Le traitement qui jusqu'ici a donné le plus de succès dans les cas de maladie de Basedow est autre que ce qu'on appelle la galvanisation du grand-sympathique. Deux observations relatées par M. Barbow, une autre très sommaire de M. Pelzer, en sont des preuves nouvelles.

L'observation de M. Pelzer est particulièrement intéressante, en ce sens que chez la malade en cause, différentes médications avaient été instituées sans résultat, et que sous l'influence des applications du courant galvanique sur le cou, la disparition complète des trois symptômes cardinaux de la maladie de Basedow fut obtenue en l'espace de cinq semaines.

VIII Pour clore cette Revue, je mentionnerai un travail de M. Vigouroux qui, parlant d'après ce qui se fait dans le service de M. Charcot à la Salpêtrière, préconise l'emploi du courant faradique dans le traitement de la maladie de Basedow. Une des électrodes, de 7 à 8 centimètres de diamètre, est appliquée sur la partie inférieure et postérieure du cou; l'autre, plus petite (1 centimètre de diamètre), de forme olivaire, est appliquée sur la partie externe du sterno-cléido-mastoïdien dans le voisinage de l'os hyoïde, assez énergiquement pour faire percevoir les pulsations de la carotide. Employer un courant assez intense pour obtenir des contractions du sterno-mastoïdien. Durée des séances: une demie minute. On électrise ensuite le muscle orbiculaire des paupières et le frontal, la glande thyroïde, les muscles superficiels et profonds du cou.

M. Vigouroux donne des renseignements très circonstanciés sur la technique de ce traitement.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

W. MOLDENHAUER, *Privat-docent* à l'Université de Leipzig : TRAITÉ DES MALADIES DES FOSSES NASALES, DES SINUS ET DU PHARYNX NASAL, etc., traduit et annoté par le docteur POTIQUET. — Paris, 1888.

Cet ouvrage remarquable sera le bien venu en France, où les maladies des fosses nasales sont encore bien peu étudiées par la généralité des médecins. Son caractère particulier est d'être à la fois très scientifique et très pratique, et il renferme tout ce que doit connaître un praticien pour traiter les maladies du nez. On pourrait faire quelques objections de détail à l'auteur. Le coryza chronique n'est pas encore assez dissocié; Moldenbauer connaît les suppurations en foyer ne provenant pas du sinus maxillaire, mais il ne s'y étend pas suffisamment, et il les rejette, à tort selon nous, dans un chapitre intitulé : *Maladies du squelette osseux du nez*, ce qui prête à de fausses interprétations. La thérapeutique des épaississements de la cloison est plus avancée que ne le dit l'auteur, qui semble ignorer les travaux de Bosworth en Amérique, et de Chatellier en France. Entre les redressements mécaniques, justement abandonnés comme insuffisants, et l'opération qui consiste à agrandir l'orifice nasal par une incision pratiquée dans le sillon naso-labial, puis à décoller la muqueuse de la cloison et à la réséquer, vient prendre place l'ablation de l'éperon par la scie, sans opération préliminaire, sans décollement du périchondre, opération qui donne les meilleurs résultats.

Mais ce sont là des défauts qui résultent précisément de la nature de l'ouvrage. L'auteur n'a dit que ce qu'il avait vu et n'a préconisé que ce qui lui avait réussi. C'est un mérite trop rare pour ne pas lui en tenir compte. Il ne s'est pas lancé dans cette bibliographie d'érudition si vaine où tous les travaux sont cités sans critique sur un même pied d'égalité, de fausse égalité; il ne s'est attaché qu'à ceux qui marquent une étape dans les progrès récents de la rhinologie qui, depuis l'époque des Duplay, des Meyer, des Voltolini, des Michel, a subi une transformation si considérable avec Hopmann, Zaufal, Zuckerkandl, Bresgen, Ziem, B. Frænkel, H. Krause, Hartmann, etc.

Si l'on veut se faire une idée de la façon dont ce livre a été écrit, qu'on le compare avec le Traité de Mackenzie qui a été aussi traduit en français et qui constitue avec celui de Moldenbauer, celui de Michel, vieux de 12 ans, et le petit manuel de Moure toute notre bibliothèque rhinologique. Mackenzie fait remonter tous ses chapitres à Hippocrate; il s'occupe de la synonymie, parcourt le moyen âge jusqu'aux temps modernes. Seulement, pour les polypes muqueux des fosses nasales, il en est encore aux cautérisations et aux pinces, de telle sorte que son traducteur allemand, le docteur Semon, est obligé de faire des additions considérables pour mettre la question dans son état actuel. De même pour les végétations adénoïdes, question si importante, qui est bien plus l'œuvre de son traducteur que la sienne.

Au contraire, Moldenbauer nous donne, d'après des reproductions photographiques très exactes, tous les instruments essentiels dont on *doit* se servir en rhinologie. Il les décrit et en explique l'emploi, avec leurs avantages et leurs inconvénients. Tout converge vers le traitement, et son ouvrage, qui atteint à peine le tiers du premier, le dépasse comme l'ouvrage d'un praticien dépasse celui d'un érudit.

25 figures importantes et une table alphabétique des matières et des auteurs viennent le compléter. Les figures d'anatomie pathologique proviennent du grand ouvrage d'anatomie pathologique de Zuckerkandl; celles d'anatomie normale sont reproduites d'après la photographie, et par suite très exactes.

Le docteur Potiquet a donné une excellente traduction, et ses notes sont des plus intéressantes. C'est un travail qui lui fait grand honneur. Il n'a pas cédé à l'entraînement naturel de publier lui-même un Traité en prenant çà et là et en démarquant ses confrères; ses connaissances bibliographiques et linguistiques lui auraient rendu ce travail facile. Il a compris qu'un ouvrage, pour être original et marquer une date, doit n'être écrit qu'après une longue pratique. Le public médical français lui saura gré de son bon choix et de sa modestie.

R. CALMETTES.

BULLETIN

LA QUESTION DE L'ÉPANDAGE DES EAUX D'ÉGOUT DEVANT LE SÉNAT. — LA LIGUE NATIONALE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — AFFAIRE D'AVORTEMENT EN BELGIQUE; QUESTION DE DÉONTOLOGIE.

La question de l'assainissement de la Seine et de l'épandage des eaux d'égout sur les terrains d'Achères est venue, comme nous l'avions annoncé, à l'ordre du jour devant le Sénat. Elle comprend essentiellement deux parties : une partie économique, qui échappe à notre compétence, une partie hygiénique que seule nous retiendrons.

De nombreux orateurs ont pris successivement la parole. Les uns, avec MM. Cornil, rapporteur de la Commission, Alphand, directeur des travaux de la ville de Paris, et Deluns-Montaud, ministre des travaux publics, ont défendu le projet de loi déjà voté par la Chambre des députés; les autres avec MM. Léon Say, Maze, Léon Renaut, l'ont vivement combattu. Le débat s'est terminé par l'adoption du projet en première délibération; mais ses adversaires n'ont pas désarmé et se proposent, à la seconde délibération, de remonter sur la brèche.

Ce qu'il y a eu d'intéressant, c'est que, au point de vue hygiénique, la lutte a eu lieu entre deux microbiologistes, M. Cornil d'un côté, de l'autre M. Pasteur, dont M. Léon Say n'a été que le porte-voix. Le principal point en litige est celui de savoir si, dans les conditions où se fera l'épandage des eaux d'égout, les microbes pathogènes seront rapidement détruits, ou s'ils pourront conserver plus ou moins longtemps leur vitalité et par suite leur virulence. Or ce point a une haute importance, quand on songe que l'utilisation agricole des eaux d'égout entraîne en outre, comme corollaire, la mise en pratique du système du *tout à l'égout*.

Suivant M. Cornil, les microbes pathogènes, infiniment moins nombreux que les microbes inoffensifs, ne peuvent soutenir contre ces derniers la lutte pour la vie et doivent rapidement succomber. L'action de l'air, de la lumière solaire, contribue d'un autre côté à atténuer, à détruire même leur virulence. Que s'il en reste encore, l'expérience a démontré qu'ils

ne pénètrent pas à plus de 40 centimètres dans la profondeur du sol; les eaux qui sortent par filtration ou drainage des terrains irrigués, à une profondeur de 1 m. 50 à 2 m., sont donc complètement dépouillées de ces microbes.

Pour M. Pasteur, le problème n'est pas aussi nettement résolu. Dans cette concurrence vitale entre les microbes inoffensifs et les microbes pathogènes, ceux-ci ne succombent pas tous, puisque les maladies qu'ils engendrent subsistent toujours. Leur virulence n'est pas non plus constamment atténuée par l'air et la lumière, car ceux qui sont à l'état de germes ou de spores peuvent, au contact de l'air, conserver cette virulence pendant des années. Il en est de même dans les profondeurs du sol : les spores du charbon, après un long séjour dans la terre et leur retour à la surface par l'intermédiaire des vers, n'ont rien perdu de leur virulence. D'après de récentes expériences, le germe de la fièvre typhoïde se conserverait également actif dans la terre, à une profondeur de 30, 40, 50 centimètres, pendant plusieurs mois.

Ces spores, ces germes, sont-ils arrêtés, comme les microbes eux-mêmes, par le filtre que constitue le sol et ne passent-ils pas dans les eaux de drainage ou de filtration ? Nous ne savons si des expériences ont été faites à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, on peut dire, avec M. Cornil et, dans l'espèce, son témoignage est des plus précieux :

« Il y a à peine quinze ans que nous connaissons quelque chose de précis sur la microbiologie ; c'est une science à ses débuts, et on attendra longtemps encore, vingt-cinq, cinquante, soixante ans, peut-être davantage, avant de savoir exactement ce qui se passe à la surface du sol et dans le sol. Pour les espèces dont je viens de parler (microbes zymogènes et pathogènes), on ignore encore quelles sont leurs relations les unes avec les autres et la façon dont elles se comportent, dont elles se détruisent entre elles. ».

En présence de ces incertitudes de la science actuelle, peut-on, dans les applications de cette même science à l'hygiène publique, adopter une solution pratique qui engage l'avenir ? Oui, répond M. Cornil ; non, réplique M. Pasteur. Si l'on n'a pas de parti pris, si on ne se laisse influencer par aucune considération autre que le point de vue exclusivement scientifique ou hygiénique, on a de la peine à ne pas conclure comme M. Pasteur.

— Jamais la réaction contre ce qu'un éloquent ami de la jeunesse appelait avec raison *l'éducation homicide*, n'a été plus vive qu'de nos jours; cette réaction, ce qui est mieux encore, est passée de la théorie à la pratique. C'est ainsi que s'est organisée récemment la *Ligue nationale de l'éducation physique*. Le Comité d'initiative, présidé par M. Berthelot, fait appel à tous ceux qui comprennent que le développement physique d'un enfant doit marcher de front avec son développement intellectuel et moral et que la vieille devise: *Mens sana in corpore sano*, admise par tout le monde pour les individus, ne s'étend pas moins aux collectivités, aux races, aux nations. Les statuts provisoires de la nouvelle ligue sont les suivants :

« ART. PREMIER. — *La ligue de l'Education physique* a son siège à Paris, 51, rue Vivienne ;

« ART. 2. — Pour en faire partie, il suffit d'être Français, d'adhérer aux statuts, de verser aux mains du trésorier la cotisation annuelle, qui est de *trois francs*, et d'être agréé par le Bureau.

« ART. 3. — Les membres de la ligue élisent leur bureau et votent leurs statuts définitifs.

« ART. 4. — Ils tiennent, au moins une fois l'an, une Assemblée générale.

« ART. 5. — La ligue s'interdit expressément toute action politique en dehors de son objet propre.

« ART. 6. — La ligue publie un bulletin périodique des opérations et des progrès de l'éducation physique en France. »

La ligue s'organise par groupes régionaux ou locaux. Les groupes qui se forment et se mettent en rapport avec le Comité d'initiative conservent leur entière autonomie.

La ligue comprend, comme membres d'honneur, le chef de l'Etat, les membres du gouvernement, les hauts fonctionnaires de l'enseignement et les commandants ou directeurs des grandes Ecoles. L'action qu'elle est appelée à exercer se fait déjà sentir et l'on se préoccupe, dans les lycées et les écoles, de jeunes filles comme de jeunes gens, de faire une part plus large aux exercices physiques, de rechercher, pour les assurer et les favoriser, des locaux mieux appropriés que les petites et sombres cours que nous avons tous connues.

Le mouvement qui se produit en faveur de l'éducation physique a trop d'importance pour que nous n'ayons pas tenu à le signaler et à y applaudir, heureux si nous pouvons ainsi gagner des adhérents à la nouvelle ligue.

— Le corps médical de Liège vient d'être fortement ému par une affaire d'avortement qui a eu pour conséquence la condamnation de l'un des médecins les plus haut placés de cette ville à quatre ans de prison, cinq ans d'interdiction des droits civils et mille francs d'amende. Disons de suite que l'opinion publique est loin d'avoir ratifié ce jugement et, par contre, qu'elle se montre sévère à l'égard des deux médecins légistes dont le rapport a servi de base à la condamnation. Voici en quelques mots le fait.

Une femme est reçue d'urgence à l'hôpital des Anglais par l'interne de garde. La gravité de son état est tel que le Directeur, pour couvrir sa responsabilité, fait appeler les chefs de service. Ceux-ci interrogent la malade, l'examinent, s'enquièrent auprès de l'interne de tous les renseignements qu'il a pu tenir d'elle, font leurs prescriptions et se retirent après avoir chargé l'interne d'en surveiller l'exécution La malade meurt quelques heures après, et la justice en est informée.

Le lendemain, les magistrats viennent procéder à une enquête judiciaire et sont assistés de deux médecins légistes qui procèdent à l'autopsie du cadavre. A la suite de leur rapport, qui conclut à un avortement criminel, le médecin dont il a été parlé plus haut est mis en état d'arrestation.

Or, les deux médecins légistes ne sont autres que les deux chefs de service qui ont été appelés à donner leurs soins à la malade quelques heures avant qu'elle n'expire à l'hôpital. N'y avait-il pas une incompatibité flagrante, dans le cas actuel, entre leurs fonctions de médecins d'hôpital et la mission d'experts qu'ils ont acceptée ? A l'hôpital, comme dans la clientèle privée, le médecin n'est-il pas tenu, envers ses malades, au secret professionnel, et n'est-ce pas trahir ce secret que de faire servir les confidences qu'on a reçues à la rédaction ultérieure d'un rapport médico-légal ?

Les deux médecins légistes de Liège avaient évidemment leur conviction faite avant de procéder à l'autopsie de la malade, car ils ont emprunté aux souvenirs de ce qui leur avait été confié à l'hôpital des éléments d'affirmation que l'autopsie

elle-même ne pouvait leur fournir. C'est ainsi qu'ils ont conclu à un avortement de six semaines, alors que les traces de l'insertion du placenta et les débris de cet organe qu'ils disent avoir trouvés dans la cavité utérine supposaient une période de la grossesse nécessairement plus avancée. Dans la discussion de leur rapport, ils ont dû expliquer, en effet, cette contradiction en disant que leur conclusion a en surtout pour base les déclarations de la malade. Ils ont oublié les sages préceptes admis par tous les médecins légistes et formulés par Taylor dans les lignes suivantes, qu'on dirait écrites pour leur cas particulier :

« D'importantes questions peuvent être soulevées quand on prétend que l'avortement a été causé par l'emploi d'instruments, et que la mort est rattachée à une péritonite consécutive à ces manœuvres. Dans ces cas, une opinion médicale ne doit pas être basée sur les déclarations de la femme ou de ses amis, mais sur des preuves médicales tranchées et satisfaisantes de la violence mécanique qui aurait porté sur l'utérus, sur son contenu ou ses annexes. La péritonite ou inflammation de la séreuse abdominale peut provenir d'une infinité de causes. Si nous la rattachons à une cause particulière et impliquons ainsi une personne dans une accusation de crime, nous ne devons le faire que sur des faits médicaux obtenus par l'examen d'un cadavre. Nous devons traiter ces cas comme si nous ne connaissions rien de leur histoire antérieure (1). »

Et maintenant, nous ne voulons pas entrer dans la discussion du rapport médico-légal des deux médecins de Liège, rapport fortement battu en brèche par les experts de la défense ; ce que nous avons voulu surtout retenir de ce triste débat et faire ressortir, c'est une question de déontologie, c'est le devoir, imposé au médecin par le secret professionnel, de refuser toute mission d'expert dans les cas qui intéressent les malades confiés à ses soins.

D' F. de Ranse.

(1) *Traité de médecine légale*, par A.-S. Taylor, traduit par H. Coutagne, p. 623.

NOTES & INFORMATIONS

Réorganisation de Saint-Lazare. — La nouvelle organisation de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare comprendra :

3 médecins titulaires ;
1 médecin suppléant ;
2 chirurgiens titulaires ;
1 chirurgien suppléant ;
2 internes.

Ce personnel se recrutera par la voie du concours, d'après la disposition suivante :

Art. 1er. — Il sera procédé par voie de concours pour l'admission aux emplois de médecins suppléants ou de chirurgiens suppléants et aux postes d'internes chargés du service médical à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Art. 2. — Tous les candidats devront avoir la qualité de Français.

Chaque demande de participation à un concours sera adressée au ministre de l'intérieur, qui fera connaître si elle est agréée.

La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, ainsi que de ses diplômes, de l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, de ses états de services quelconques et des autres documents officiels à présenter, selon les cas.

Art. 3. — Pour l'admission aux emplois de médecins ou de chirurgiens suppléants, le jury du concours se compose de sept membres nommés par arrêté ministériel sur une liste de présentation que dressera le préfet de police et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés, savoir :

Les membres de l'académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des facultés de médecine de l'Etat, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens titulaires de Saint-Lazare.

Art. 4. — Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Art. 5. — Pour l'emploi de médecin suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes au lit des malades).

Art. 6. — Pour l'emploi de chirurgien suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ;

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes de préparation).

Les deux dernières épreuves, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades) ;

3° Epreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Art. 7. — Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points ; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

Art. 8. — Pour le concours d'internat, le jury sera constitué comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-dessus, mais seulement avec trois juges et un suppléant.

Les épreuves comprendront :

1° Une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes ;

2° Une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Art. 9. — Les dates et lieux des concours à intervenir seront fixés par arrêté ministériel, ainsi que les emplois auxquels ces concours auraient pour objet de pourvoir.

Art. 10. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Relativement à la fréquentation de ces services par les étudiants en médecine, il pourra leur être délivré, par décision présidentiellh sur avis du préfet de police, des autorisations permanentes d'admission aux cliniques.

Les conditions d'admission du personnel étudiant du sexe féminin feraient, le cas échéant, l'objet de dispositions spéciales.

Toute demande d'admission devra être adressée au ministre de l'intérieur. Le candidat devra justifier qu'il a pris au moins seize inscriptions.

Il ne pourra être admis plus de dix étudiants à la fois pour suivre chaque service.

Les certificats d'admission seront exclusivement personnels, ils pourront toujours être retirés.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'onnoncer la mort de M. le docteur Poinsot, professeur agrégé de la Faculté de Médécine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

Il a publié toute une série d'importantes monographies sur des sujets chirurgicaux et a traduit en français de volumineux ouvrages chirurgiceaux anglais. Il était lauréat d'un grand nombre de Sociétés savantes et membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Le Corps médical de Bordeaux perd en lui un de ses membres les plus brillants et les plus instruits.

— On annonce la mort, à Palerme, du professeur Joseph Silvestrini, qui à succombé à une affection de cœur.

Après avoir été à Padoue l'assistant du professeur Piuoli, il avait été nommé professeur de clinique médicale à Cagliari, et n'était venu à Palerme que l'an dernier pour succéder au professeur Lepidi-Chioti.

Il a publié un de ses derniers travaux sur l'*Hydrochinone*, dans *Il Moyagni* et dirigé à Parme une revue médicale *l'Ateneo Parmense.*

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DECES NOTIFIÉS DU DIMANCHE 9 AU SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1888

Fièvre typhoïde 10.— Variole 2.— Rougeole 38 —Scarlatine 0. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup, 40 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 184.— Autres tuberculoses 21. — Tumeurs : Cancéreuses 41. — Autres 4. — Méningite 33. — Congestion et hémorr. cérébrales 62. — Paralysie 8.— Ramollissement cérébral 10.—Maladies organiques du cœur 52.— Bronchite aiguë 45. — Bronchite chronique 36. — Broncbo-pneumonie 33.— Pneumonie 52 — Gastro-entérite : Sein 14. — Biberon 34. — Autres 3 — Fièvre et périt. puerpérales 3. — Autres affections puerpérales 3. — Débilité congénitale 22. — Sénilité 31. — Suicides 14. — Autres morts violentes 10. — Autres causes de mort 165. — Causes inconnues 12. — Total de la semaine : 984 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES : I. LE PÔLE SUD, par Wiefrid de Fonvielle, ouvrage illustré de 53 vignettes par M. Weber. — II. LES ABEILLES, par J. Pérez, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, ouvrage illustré de 119 vignettes, par Clément. — Paris, librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

59e année. 7e série. Tome V. N° 52 29 DÉCEMBRE 1888.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. de RANSE;
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureau d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE LA COMPRESSION ÉLASTIQUE JOINTE A L'EMPLOI DE RÉSECTIONS COSTALES PEU ÉTENDUES DANS LE TRAITEMENT DE L'EMPYÈME, par le professeur DUBRUEIL (de Montpellier).

J'ai été conduit à appliquer la méthode que je propose dans un cas d'empyème que n'avaient pu guérir, ni la thoracentèse avec aspiration, ni la thoracotomie avec drainage et injections antiseptiques.

Le malade, âgé de 38 ans et d'une constitution vigoureuse, avait été atteint d'une pleurésie gauche dans les premiers jours du mois de janvier 1888.

Après avoir employé sans succès les moyens usités en pareil cas, les confrères distingués qui lui donnaient leurs soins pratiquèrent, trois mois après le début de la maladie, une ponction avec l'appareil de Potain. Cette ponction donna issue à une quantité de pus considérable. Deux mois après, nouvelle ponction avec aspiration.

Le liquide se reproduisant, un mois plus tard on fit une incision dans le sixième espace intercostal, à l'union du tiers postérieur avec le tiers moyen, et on plaça un drain à demeure. Bientôt après, on ouvrait un abcès siégeant à la partie antérieure du même espace intercostal et communiquant avec la cavité pleurale. Cette dernière ouverture se ferma bientôt; la postérieure se rétrécit considérablement, et le petit drain que l'on enfonçait à ce niveau ne pénétrait pas jusque dans la plèvre.

Tous les dix ou douze jours, le malade présentait une élévation notable de température, était pris de malaise, et cette crise se terminait par l'évacuation d'une certaine quantité de pus fétide par l'ouverture postérieure, qui se rouvrait à ce moment, pour se fermer bientôt après.

Cet état menaçant de s'éterniser au grand détriment du malade, ses médecins l'engagèrent à venir se faire soigner à Montpellier, où je le vis dans les premiers jours d'octobre, avec MM. Grasset et Mossé.

Mes deux confrères constatèrent l'existence d'un épanchement à la partie inférieure de la plèvre gauche. L'épanchement était peu étendu verticalement; mais, en introduisant une sonde cannelée au niveau de l'orifice postérieur que j'avais préalablement dilaté avec la laminaire, je constatai que la sonde s'enfonçait jusqu'au pavillon, en suivant le trajet costal. Les consultants furent d'avis qu'il y avait lieu d'établir un orifice permanent, permettant l'évacuation facile du liquide pleural et les injections modificatrices. Pour obtenir ce résultat, je réséquai un centimètre environ de la septième côte, dans un point correspondant à l'incision postérieure. Cette petite opération, pratiquée avec les précautions antiseptiques, ne fut suivie d'aucune réaction, et le malade fut journellement soumis à des lavages avec la solution boriquée, avec la glycérine iodoformée, avec la teinture d'iode diluée. L'opération avait été faite le 13 octobre. A partir de ce jour, l'état général subit une amélioration assez sensible, mais la cavité de l'épanchement ne diminuait pas. Pendant trois jours, le patient présenta des accès de fièvre revenant à la même heure, et qui cédèrent rapidement au sulfate de quinine. A Montpellier, en automne, la fièvre intermittente est loin d'être rare.

Désireux de conduire le plus tôt possible le malade à parfaite guérison, et ayant de nouveau constaté que la cavité, peu étendue dans le sens vertical, l'était surtout dans la direction des côtes, je pensai que si je pouvais déprimer la septième côte, dont la continuité avait été interrompue par la résection de façon à rapprocher à ce niveau le feuillet pariétal du feuillet viscéral de la plèvre, je diminuerais d'autant la cavité de l'épanchement et je pourrais peut-être obtenir l'adhésion de ses deux parois. Pour arriver à ce résultat, j'employai la compression élastique que je disposai de façon à ce que la côte sur laquelle je voulais agir en supportât à peu près seule les effets. J'appliquai l'appareil de la façon suivante : la poitrine du malade fut entourée d'un appareil de Sayre, solide et fortement ouaté, sauf au niveau de la septième côte laissée à découvert. Cela fait, et l'appareil étant convenablement solidifié, j'introduisis un drain, comme je le faisais du reste habituellement, au niveau de l'orifice correspondant à la portion réséquée de la septième côte, et sur, toute la longueur de cette côte, je plaçai une épaisse couche de ouate, comblant le vide laissé par l'appareil dont elle dépassait de beaucoup le plan. Par dessus cette ouate, je fis quatre circulaires avec une bande de caoutchouc enserrant la poitrine, et assez serrée.

La résistance présentée par l'appareil de Sayre sur tous les points autres que la septième côte, qu'il laissait à découvert, faisait que la pression ne portait en somme que sur cette région et qu'elle fut facilement supportée.

J'ai, depuis, renouvelé tous les jours la compression élastique que je laisse en permanence. Chaque jour, en faisant le pansement, j'applique une ventouse sur l'ouverture correspondant à la résection costale.

j'obtenais ainsi au début l'issne d'une certaine quantité de pus; aujourd'hui, il ne sort plus rien.

J'ai cessé depuis quelque temps toute espèce d'injections; il n'entrait presque plus de liquide. Les deux dernières injections ont été faites avec une solution de nitrate d'argent à 1/2 p. 100.

Il y a maintenant une quarantaine de jours que la compression élastique a été appliquée; je l'ai supprimée depuis vingt jours. Le bruit respiratoire, la sonorité et les vibrations, sont revenus dans tout le côté affecté, bien que diminués d'intervalle au voisinage de la résection où l'auscultation fait percevoir un bruit de frottement. L'état général est très bon; le côté malade est notablement déprimé.

En somme, il est permis, je crois, sans être optimiste, de considérer le patient comme à peu près guéri.

La méthode que j'ai employée dans ce cas, résection costale peu étendue, compression élastique et aspiration par une ventouse, venant aider l'action de la thoracotomie, me paraît susceptible d'être généralisée.

Dans un grand nombre de cas de pleurésie suppurée, le drainage de la plèvre reste insuffisant. L'empyème peut être assimilé à un abcès dans lequel la suppuration se prolonge indéfiniment, parce que les deux parois de la cavité ne peuvent venir au contact. Le poumon est maintenu par les fausses membranes et une sorte de rétraction consécutive à la compression; la paroi thoracique est fixée par la résistance des arcs costaux.

Pour que le contact se produise entre les deux feuillets pleuraux, il faut, ou que le poumon se développe, ou que la paroi thoracique s'affaisse, ces deux facteurs pouvant tous les deux contribuer pour une certaine part au rapprochement.

Nous avons, en somme, peu de moyens d'action pour favoriser l'ampliation pulmonaire. Quant à la résistance des arcs costaux qui ne cède que bien lentement sous l'influence des formations inodulaires signalées par Delpech, on la supprime par l'opération d'Estlander, mais c'est là une opération grave, qui n'a pas longtemps joui de la faveur des chirurgiens, au moins en France.

On pourrait (le cas que je viens de citer m'autorise à le croire), la remplacer avec avantage par une série de résections n'enlevant qu'un centimètre environ de la longueur des côtes correspondant à l'empyème, appliquant ensuite un appareil de Sayre laissant à nu les côtes réséquées, recouvrant ces dernières d'une forte couche de ouate plus saillante que la surface de l'appareil, et comprimant à ce niveau avec des circulaires de bande élastique. Une ouverture conduisant dans la plèvre et pratiquée sur un point aussi déclive que possible devra être maintenue béante à l'aide d'un drain jusqu'à la fin de la cure. Si l'on pratique d'emblée l'opération que je propose, on pourra établir cette ouverture au niveau de la portion enlevée de la dernière des côtes réséquées. Le pansement sera fait tous les jours, et chaque fois, tant qu'on le jugera convenable, on fera par le drain des injections antiseptiques.

Avant et après l'injection, on appliquera sur l'ouverture une ventouse ou plusieurs ventouses successivement, ce qui facilitera l'écoulement du liquide pleural et tendra à dilater la portion du poumon correspondant à l'empyème.

Dans cette méthode, la résection n'intéressant qu'une petite étendue des arcs costaux, le danger me paraît devoir être beaucoup moindre que dans l'opération d'Estlander.

CHIRURGIE PRATIQUE

Note sur un cas de blessure de la tête par corps contondant datant de quatre ans; accidents épileptiformes; trépanation; guérison, par le docteur Galvani, chirurgien de l'hôpital d'Athènes.

Le nommé A. A..., de Macédoine, âgé de vingt-deux ans, étudiant, d'une bonne constitution, sans tare héréditaire ni personnelle, et jouissant jusque-là d'une bonne santé, reçut, il y a quatre ans, un coup sur la région pariétale gauche, qui lui fut porté par une pierre volumineuse tombée d'une certaine hauteur.

Les accidents immédiats ne furent pas graves, mais peu à peu la plaie s'enflamma et vers le troisième jour se manifestèrent de l'embarras de la parole, de l'hémiplégie à droite et des convulsions épileptiformes occupant le côté droit du corps et qui continuèrent, apparaissant deux fois par jour; en même temps la plaie se gonflait et, vers le septième jour de l'accident, un abcès se forma, qui s'ouvrit spontanément en donnant issue à une grande quantité de pus et à de petits fragments osseux. Depuis ce moment, la motilité de la moitié droite du corps revint et les attaques cessèrent. La plaie suppura pendant une trentaine de jours et finit par se cicatriser.

Pendant près de deux ans la plaie resta ainsi cicatrisée, et le malade vaquait à ses occupations, se plaignant seulement d'engourdissement et de faiblesse à la moitié droite du corps, de quelques éblouissements, de vertiges et de céphalalgie toutes les fois qu'il essayait de s'adonner à un travail intellectuel un peu sérieux. Mais, au bout de ces deux ans, la plaie de la tête, qui s'était maintenue cicatrisée jusque-là, se rouvrit sans apparition de phénomènes inflammatoires et d'une petite fistule s'éliminèrent de petits fragments osseux, après quoi la fistule se cicatrisa.

Depuis, les quelques troubles cérébraux que nous venons de signaler persistaient sans devenir plus intenses, lorsque tout d'un coup, il y a cinq mois, de nouvelles attaques épileptiformes apparurent assez fortes, durant d'une demi-heure à trois quarts d'heure, et ne cessèrent que lorsque la plaie, s'étant de nouveau réouverte spontanément, donna issue à de petits fragments osseux. Mais le calme dont le malade jouit après cette nouvelle et dernière élimination osseuse ne fut que de peu de durée, les accès réapparurent, quoique moins fréquents, à des intervalles irréguliers, et ne le quittèrent plus jusqu'à sa rentrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Le malade est pâle et affaibli, et l'expression de sa physionomie exprime plutôt la tristesse et l'abattement. L'examen des organes splanchniques, comme ceux des sens, n'offre rien à noter.

En examinant son crâne, qui est bien conformé, on constate, près de la bosse pariétale gauche, une longue et profonde cicatrice se dirigeant un peu obliquement de gauche à droite et d'arrière en avant, et mesurant 0m,05 de long sur 1 1/2 de large. Cette cicatrice glisse sur l'os, qui est creusé en gouttière, qui peut loger la pulpe de l'index; son bord interne est surmonté d'une crête arrondie très saillante. La pression sur cette cicatrice n'amène chez le malade ni vertige, ni douleur, mais il éprouve seulement une sensation de poids et des picotements peu avant l'invasion de l'attaque.

On ne constate pas de différence dans la force des deux membres supérieurs (qu'on a cependant négligé de mesurer au dynamomètre). La sensibilité semblerait un peu obtuse à droite ; les reflexes tendineux sont normaux, il en est de même de la mémoire et de l'intelligence en général.

Les attaques épileptiformes se manifestent irrégulièrement, ne dépassant pas deux par jour ; elles sont précédées d'une aura, qui commence par les pieds et remonte vers la tête, puis surviennent les cris et la chute ; les convulsions cloniques se dirigent à droite ; il y a de la bave, mais pas de morsure de la langue ; la perte de connaissance est complète.

Le 8 mars 1888, quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital, après l'avoir soumis à la chloroformisation, par une large incision cruciale, nous mîmes à découvert toute la région suspecte et nous appliquâmes successivement trois couronnes de trépan de 0m,016 de diamètre. Les deux premières couronnes furent appliquées le long de la gouttière profonde qu'on observait sur le pariétal et qu'elles occupèrent tout entière, après le détachement de leurs deux rondelles osseuses qui étaient adhérentes à la dure-mère et dont le décollement offrit assez de difficulté. L'application de la troisième nous parut nécessaire, et elle fut appliquée sur la crête arrondie surmontant la gouttière. Après le détachement de cette troisième rondelle, dont l'épaisseur mesurait 0m,006 d'un côté et 0m,007 de l'autre, les soulèvements rythmiques de la dure-mère, qui jusque-là étaient très limités, reprirent leur épanouissement normal. Une spatule promenée avec précaution sous la perte de substance osseuse, qui pourrait être comparée à une feuille de trèfle à bords très arrondis, nous ayant assuré que la dure-mère n'offrait pas d'adhérences et qu'elle n'était point comprimée au delà de ces limites, un drain bien mou et de petit calibre fut placé dans une des directions de la plaie, qui fut réunie par plusieurs points de suture dans la plus grande partie de son étendue ; au centre, seulement dans les points où les deux incisions se rencontraient, les bords ont été laissés simplement accolés. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Le malade, pour toute élévation de température, n'a eu que 37°,5 le lendemain de l'opération, après quoi la température redevint et resta normale jusqu'à la guérison. Ce même jour (9 mars), dans l'après-midi, il éprouva la sensation de l'aura qui, remontant des pieds, s'arrêta cependant vers le cou sans atteindre la tête.

La levée du premier appareil fut faite le surlendemain matin et le tube à drainage fut enlevé.

Le 10 mars, sixième jour de l'opération, sans cause appréciable et sans élévation de température, le malade éprouva deux attaques épileptiformes complètes, une vers 2 heures de l'après-midi et l'autre à 8 heures du soir, qui durèrent dix minutes environ chacune.

Le lendemain, à la visite, nous examinâmes attentivement la plaie et, l'ayant trouvée complètement réunie et sans aucun indice d'inflammation, nous enlevâmes les fils.

Depuis ce moment, la guérison se confirma sans aucune entrave. Peu à peu, la confiance gagnait le malade, qui, sentant sa tête dégagée, quitta son air triste et commença à se livrer à la lecture, qu'il redoutait auparavant, par crainte qu'elle ne lui provoquât des attaques. Il usa de la permission de sortir seul et un jour, en descendant de tramway, dont il n'avait pas l'habitude, il tomba et se fit quelques contusions. Cette chute ne provoqua aucun trouble nerveux et, huit jours après cet accident et vingt jours après l'opération, il quittait l'hôpital jouissant d'une excellente santé.

Quelques jours après, il quittait Athènes pour se rendre à son pays, et il nous écrivait récemment de Salonique que l'état de sa santé continuait d'être excellent.

Tout nous fait espérer, en effet, que la guérison sera définitive et, nous dispensant de tout commentaire sur ce cas, nous dirons seulement, qu'ajouté à bien d'autres, il confirme l'opinion des chirurgiens, aujourd'hui très répandue, qu'en pareille occurence, il ne faut pas hésiter à intervenir.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. LES SYPHILIDES TUBERCULEUSES. — II. LES MYÉLO-ENCÉPHALOPATHIES SYPHILITIQUES TERTIAIRES DIFFUSES. — III. LA SYPHILIS CHEZ LES PERSONNES AGÉES.—IV. L'ARTÉRITE SYPHILITIQUE. — V et VI. FRÉQUENCE RELATIVE DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE CHANCRES EXTRA-GÉNITAUX. — VII. LES GOMMES DE LA PEAU DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

I. De même que M. le professeur Fournier, M. Reynal O'Connor, un de ses élèves, considère les syphilides tuberculeuses comme des manifestations de la période tertiaire ; par conséquent, ce ne sont pas des manifestations nécessaires de la syphilis (1). M. Fournier, qui a simplifié avantageusement les classifications exubérantes d'Alibert et de Bazin, range toutes les syphilides tuberculeuses sous deux formes : syphilides gommeuses sèches et syphilides gommeuses ulcératives. Bien que le docteur du Castel ait observé un cas d'éruption tuberculeuse atrophique sur le corps et la face, six mois après le chancre initial, M. Reynal O'Connor note dit que les syphilides tuberculeuses n'apparaissent guère que vers la deuxième ou la troisième année après l'accident primitif.

Le traitement doit être à la fois interne et externe ; mais les applications thérapeutiques externes sur les syphilides tuberculeuses doivent seulement se faire dans les formes ulcéreuses ; car, comme le dit M. Fournier, il est superflu de l'employer dans les formes sèches.

Le traitement interne est celui de la syphilis tertiaire, c'est-à dire l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 3 à 6 gr. Comme topique dans les formes ulcéreuses, M. E Besnier s'est bien trouvé de l'application d'emplâtre de Vigo ; le docteur Laitier recommande le chlorure de zinc, et M. Lallier emploie avantageusement la pommade à l'iodhydrargirate, dont voici la formule :

R.	Iodure de potassium...	āā 0,50
	Bi-iodure de mercure..	
	Axonge..............	199 grammes.

M. Fournier donne la préférence au Vigo, en recommandant préalablement au malade de prendre des bains de son ou d'amidon, non seulement pour nettoyer la peau des humeurs qui se seraient écoulées des ulcérations, mais aussi pour ramollir les croûtes et les faire tomber plus promptement.

II. Sept observations, dont une seule originale, recueillies dans le service de M. Tillaux, ont servi à Mme Adèle de Héro-

(1) Thèse de Paris, 1888.

dinoff de base à un travail sur : *Les myélo-encéphalopathies syphylitiques tertiaires, diffuses ou disséminées* (1), forme bien plus rare que les myélites localisées.

Les névroses, l'aliénation mentale des ascendants et d'autres circonstances pathologiques favorisent l'éclosion de ces myélo-encéphalopathies diffuses dont la syphilis peut n'être que la cause déterminante. Mais alors la lésion ne doit pas être regardée comme spécifique.

Le diagnostic est difficile d'avec les myélites systématiques à forme fruste et d'avec certaines encéphalopathies. La maladie tue presque toujours. Elle peut s'arrêter; mais on ne doit pas se hâter de croire à la guérison définitive qui est exceptionnelle.

Le traitement consiste à donner du mercure et de l'iodure de potassium alternativement ou simultanément et à faire de la révulsion. L'hygiène exercerait aussi une grande influence, et le traitement symptomatique ne doit pas être négligé.

III. « Par le fait de la vieillesse, nous dit M. P. Regoby (2), tous les tissus sont profondément modifiés dans leur structure, à tel point que la sénilité peut être regardée comme très voisine de l'état pathologique. Les modifications portent surtout sur le système circulatoire. Les divers organes et les membranes, mal irrigués par des vaisseaux défectueux, sont prédisposés par cela même à des accidents syphilitiques graves. »

Le chancre infectant du vieillard est le plus souvent ulcéreux. La tendance destructive est sa caractéristique. De là, des erreurs de diagnostic possibles sur la nature exacte de la lésion qui peut être confondue avec un cancroïde. Les syphilides des muqueuses (plaques muqueuses) revêtiraient la même tendance ulcéreuse que le chancre infectant lui-même. De plus, la sénilité semble hâter beaucoup la marche évolutive de la syphilis. Le vieillard peut être atteint en même temps d'echthyma syphilitique et d'echthyma cachectique; et il est très difficile de les différencier. On comprend que le pronostic des accidents syphilitiques soit plus grave chez le vieillard que chez l'adulte; aussi la thérapeutique spécifique devra-t-elle être, chez le vieillard, combinée à une thérapeutique essentiellement tonique et reconstituante.

IV. L'artérite, qui joue dans les manifestations tertiaires de la syphilis un rôle très considérable, surtout dans les manifestations cérébrales, serait, d'après M. Paul Le Roux (3), moins rare qu'on ne le pense généralement. Mais elle est d'un diagnostic difficile, et qui doit se baser sur les antécédents, l'âge du malade ou l'influence plus ou moins grande du traitement. Car cette forme d'artérite est curable dans la première période de son évolution.

V. Ce n'est qu'en 1860 que la fréquence du chancre extra-génital a été mise hors de doute par M. le professeur Fournier. Un de ses élèves, M. X. Nivet, a consacré une thèse intéressante (4) à la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux aussi bien chez l'homme que chez la femme.

(1) Thèse de Paris, 116 pages. — Imprimerie A. Davy.
(2) Thèse de Paris, 1887.
(3) Thèse de Paris, 1888.
(4) Paris, 1887.

Son travail, presque de pure statistique, s'appuie sur 532 cas relevés dans les notes particulières de M. Fournier, plus 49 cas observés durant le cours de l'année 1886, dans le service du professeur, à l'hôpital Saint-Louis. Ce total de 581 chancres extra-génitaux se répartit de la manière suivante :

Céphaliques........	413
Au tronc...........	107
Aux membres.......	54
Au cou............	7

Seuls, les chancres du tronc sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

On n'analyse pas une statistique, on la consulte. Il me suffira de l'avoir signalée.

VI. Mais il faut que je signale aussi la continuation que vient d'en faire (1) M. A. Morel Lavallée, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis. La statistique des syphilomes primaires éclos en dehors de la sphère génitale comprend 45 observations durant les douze mois qui vont du 1er février 1887 au 31 janvier dernier. Ces cas se décomposent en 30 chancres céphaliques, 12 au tronc, 4 aux membres, 2 au cou.

On voit que la proportion est restée à peu près la même dans les deux statistiques, sauf que les chancres du tronc sont relativement un peu plus nombreux dans la dernière année, car ils comprennent 4 cas de contamination par un nourrisson. Et, dans un de ces cas, la nourrice infectée par son nourrisson a repassé ensuite la syphilis à son enfant.

M. Morel-Lavallée termine son intéressant travail en faisant ressortir : 1° La fréquence des syphilis contractées en dehors de l'acte vénérien; leur danger inhérent à ce que, n'étant pas soupçonnées, elles ne sont ni surveillées ni soignées et se répandent en liberté dans des foyers de famille, de maison, voire même en arrivent à constituer des épidémies de village.

2° L'appui que ces syphilis *insontium* apportent, par leur fréquence, à ceux qui demandent qu'on cesse de considérer la vérole comme un délit, les vérolés comme des gens coupables et dignes de mépris. Sur les 45 sujets atteints de chancres extra-génitaux, 18 fois au moins la maladie a pu être considérée comme étant de source non vénérienne.

Enfin, nous approuvons hautement cette conclusion de l'auteur, que la fréquence croissante des chancres extra-génitaux justifie ce desideratum de la Commission de l'Académie, qui demande pour tous les élèves en médecine un stage obligatoire dans un service de syphiligraphie.

VII. Les gommes de la peau chez les petits syphilitiques pouvant être parfois confondues avec des lésions analogues de nature strumeuse, M. Toutut, sous l'inspiration de M. Sevestre, a cherché, en se basant sur 14 observations, dont 9 inédites, à caractériser cet accident assez fréquent de la syphilis héréditaire (2).

Ces gommes se rencontrent surtout dans les deux derniers tiers de la première année; rarement on a pu les observer dès le troisième mois de la vie. Elles sont accompagnées, dans la

(1) ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE du 25 juin 1888, p. 375.
(2) Thèse de Paris. — Imprimerie A. Davy.

plupart des cas, d'autres signes de syphilis héréditaire ; et on a constaté parfois aux autopsies des lésions de syphilis viscérale et osseuse. Leur évolution est plus rapide, mais leur aspect, leur structure histologique, les rapprochent des gommes de la syphilis acquise.

Le diagnostic d'avec les gommes scrofuleuses, très délicat quand on ne considère que la lésion, se fera surtout par les symptômes concomitants. On se souviendra également de la grande fréquence des lésions hérédo-syphilitiques dans la première année et de la rareté des lésions strumeuses à ce moment de la vie.

M. Tontût conseille, dans tous les cas où on trouvera ces gommes dermiques, d'instituer aussitôt le traitement antisyphilitique.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

I. Léger empoisonnement par la créoline, par le docteur Cramer (*Therapeutische Monatshefte*, décembre 1888, p. 573). — II. Un cas d'intoxication par le sulfonal, par le docteur Bornemann (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1888, n° 95, p. 1,131). — III. Effets fâcheux consécutifs a l'administration du sulfonal, par le docteur Schotten, de Cassel (*Therapeutische Monatshefte*, décembre 1888, p. 555). — IV. Un cas d'empoisonnement par l'antipyrine, par le docteur Rappin (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1888, n° 11). — *Idem*, par le docteur E. Haffner (*Correspondenzblatt für Schweizer. Aertzte* 1888, n° 23).

I. Nous avons rendu compte, dans un des derniers numéros de ce journal (no 47, p. 559), d'un cas d'empoisonnement par la créoline, nouvel antiseptique mal défini, employé pour le pansement des plaies. Voici un autre cas du même genre, qui corrobore les réserves faites au sujet de l'innocuité prétendue de la créoline.

Un garçon de 5 ans avait été opéré d'une hernie inguinale étranglée. Pendant et après l'opération, on se servit exclusivement d'une solution de créoline à 2 % pour obtenir l'asepsie. Il n'y ent pas de réaction fébrile consécutive ; l'urine émise dans le courant des trois premiers jours était d'un jaune-clair. L'état général était excellent.

Dans la soirée du troisième jour, M. Cramer fut appelé auprès de l'enfant qui, disait-on, avait contracté la scarlatine. Le médecin constata, en effet, que la peau du petit malade était envahie par un exanthème analogue à celui de la scarlatine. L'enfant était en proie à une grande agitation et à une soif très vive ; il éprouvait des démangeaisons et une sensation de brulûre à la peau. Le pouls était un peu accéléré, faible ; par contre, la température interne ne dépassait pas le niveau normal. Les urines avaient une odeur pénétrante et une teinte foncée analogue aux caractères organoleptiques qu'on leur trouve dans les cas d'empoisonnement phéniqué ; elles renfermaient un peu d'albumine.

Dans l'idée qu'il s'agissait d'un empoisonnement par la créoline, M. Cramer prescrivit de faire les pansements ultérieurs avec une solution boriquée à 3 0/0. De plus, il recommanda de faire boire à l'enfant de grandes quantités d'eau gazeuse (Selters) pour activer l'élimination de la créoline par les reins. L'exanthème persista jusqu'au lendemain soir ; dès le matin de ce même jour, les urines avaient repris leur teinte normale. Le surlendemain, l'enfant était rétabli.

En somme, les symptômes de l'empoisonnement chirurgical par la créoline sont ceux de l'intoxication phéniquée ; il y a tout lieu de croire que le nouveau remède, dont la composition est tenue secrète, doit son efficacité, en majeure partie du moins, à la présence de l'acide phénique.

Nous avons déjà eu occasion d'insister sur ce que les échantillons de créoline qu'on trouve dans le commerce présentent une composition assez variable. Or, à propos du premier cas d'empoisonnement par la créoline, dont nous avons rendu compte précédemment, M. Kortüm a objecté que sans doute on avait eu affaire à de la créoline de provenance suspecte et de composition défectueuse. Il a ajouté qu'avec la créoline de Pearson, pareils accidents n'étaient pas à craindre. Et pourtant M. Cramer mentionne explicitement que chez son jeune malade, il s'est servi de la créoline Pearson, de provenance authentique.

II. En rendant compte des premiers travaux relatifs au sulfonal, nouveau médicament somnifère (voir n° 19, p. 227), nous avons eu à mentionner que cette substance n'avait pas produit des effets physiologiques en tous points semblables chez les animaux et chez l'homme. Dans les expériences de M. Kast, le sulfonal avait déterminé chez les chiens des désordres ataxiques du mouvement, antérieurs à l'effet somnifère qui a manqué parfois ; chez l'homme, tout s'était réduit à l'effet somnifère.

D'après les expériences faites depuis, il semblait que les choses se passaient invariablement ainsi que l'avait signalé M. Kast. Une observation de M. Bornemann prouve qu'à dose un peu forte, le sulfonal provoque de l'incoordination motrice chez l'homme aussi bien et peut-être plus facilement que chez le chien. Le sujet de cette observation, un médecin morphinomane, s'était fait admettre dans la maison de santé de M. Bornemann, pour tenter ce qu'on appelle une cure d'abstinence, pour se guérir de sa funeste passion. Il abusait des injections de morphine depuis onze années, et il en était venu à absorber quotidiennement 16 centigrammes de ce toxique. La cure d'abstinence avait commencé le 22 janvier. Le 11 mai, le malade n'était pas encore en état de se passer des narcotiques. Ce jour-là, on lui fit prendre pour la première fois du sulfonal, à la dose de 2 grammes, sans résultat. Pour calmer l'agitation du malade, on dut lui administrer une nouvelle dose de sulfonal (1 gramme); en même temps on lui fit une injection sous-cutanée de morphine de 0 gr. 0025. Là-dessus, il dormit pendant huit heures.

Le lendemain, le malade fut privé de morphine, et on lui fit prendre en une seule fois, le soir, 3 grammes de sulfonal. Il dormit un peu, d'un sommeil agité, vers le matin.

Le surlendemain, 12 mai, injection de morphine de 0 g.0025; plus, dans la soirée, 4 grammes de sulfonal. Effet soporifique nul. Dans la nuit, le malade réussit à se procurer une nouvelle dose de sulfonal, de 2 grammes, qu'il absorba, sans pour cela trouver le sommeil. Quelque temps après, il se leva, titubant comme un homme ivre, et tomba à plusieurs reprises sur le sol; les mouvements qu'il exécutait avec ses membres supérieurs étaient désordonnés. Puis l'incoordination motrice s'étendit aux membres inférieurs ; le malade ne pouvait plus

marcher sans le secours d'un aide. Couché dans son lit, il lui semblait qu'il était agité par des mouvements oscillatoires continus, comme s'il se trouvait sur un bateau en marche. Avec cela, il éprouvait des troubles psychiques très passagers. L'incoordination motrice persista jusqu'au 16 mai.

En somme, une dose de 6 grammes de sulfonal a produit chez ce malade les mêmes désordres que ceux qu'on développe chez un chien en lui administrant cette substance à raison de 2 grammes par kilogramme de poids corporel.

III. Une dame de 45 ans, hémiplégique depuis une vingtaine d'années à la suite d'une myélite chronique, était en proie à l'agrypnie. M. Schotten lui fit prendre, trois jours de suite, du sulfonal à la dose de 2 et 3 grammes. Sous l'influence de cette médication, la malade fut prise d'un abattement extrême, avec céphalalgie, anorexie, amertume de la bouche. Quatre jours plus tard, son corps se couvrit d'une éruption, semblable à un exanthème rubéolique ; en même temps se dissipèrent les autres manifestations imputables au sulfonal. L'éruption s'accompagnait d'une sensation de brulûre et de chaleur à la peau, et persista une quinzaine de jours.

A noter qu'une sœur de la malade avait présenté une éruption analogue, à la suite de l'usage interne de l'antipyrine.

M. Engelmann (*Münchner med. Wochenschrift*, 1888, n. 42) a publié également un cas d'exanthème ecarlatiniforme survenu à la suite de l'administration d'une dose de 2 grammes de sulfonal. L'éruption persista pendant deux jours ; elle était accompagnée d'un prurit très intense. Le cas concernait une dame de 40 ans, qui se trouvait en pleine époque menstruelle lorsqu'on lui fit prendre du sulfonal. Il n'y a pas eu d'effet somnifère.

IV. Voici d'autre part deux nouveaux exemples d'intoxication par l'antipyrine.

Le premier a été publié par M. Rappin ; il concerne une jeune fille de 28 ans, affectée d'une sciatique, et qui avait ingéré, à plusieurs reprises déjà, de l'antipyrine à la dose d'un gramme. Chaque fois le médicament avait procuré du soulagement, sans suites fâcheuses aucune. Un peu plus tard et suivant le conseil que lui avait donné le médecin, la malade se fit délivrer 1 gramme d'antipyrine pour se soulager d'un nouvel accès de sciatique. Immédiatement après l'ingestion du médicament, elle ressentit une sensation de brulûre très vive au creux épigastrique ; elle se mit à vomir, tombe dans le collapsus, avec cyanose des lèvres et des joues ; sa peau devint le siège d'un exanthème prurigineux. Cependant ces accidents se dissipèrent du jour au lendemain, tandis que deux autres malades, dont parle M. Rappin, succombèrent à un empoisonnement par l'antipyrine administrée à la dose de 1 gramme. Ces deux malades présentaient de l'artério-sclérose.

M. Haffner, après avoir mentionné ces faits, relate le cas d'un homme de 63 ans, affecté d'une pneumonie grave, et qui succomba dans le collapsus peu de temps après avoir absorbé 1 gramme d'antipyrine. Sans doute, dans ce cas, il y avait lieu de se demander si le dénouement fatal n'était pas imputable en partie à la pneumonie, ainsi que le fait remarquer l'auteur.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur la toxicité des urines albumineuses, par le docteur Germain Roque, chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon. — Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils.

Depuis qu'un nouveau décret a modifié la nature des épreuves du Concours de l'agrégation et notamment a supprimé la thèse pour la remplacer par une leçon dans laquelle le candidat expose ses titres, les futurs concurrents publient, en vue de cette dernière, des travaux aussi importants et aussi approfondis que possible. Au lieu de faire une thèse à la hâte, à la fin du concours, sur un sujet imposé et quelquefois tout à fait en dehors de leurs aptitudes, ils peuvent maintenant choisir parmi les questions à l'ordre du jour, celle qui leur convient le mieux, pour en faire l'objet de leurs recherches ; ils ont la faculté de lui consacrer plusieurs années s'il le faut et peuvent ainsi faire œuvre personnelle. Les amateurs de gymnastique cérébrale regretteront l'ancien système ; ceux que le fonds intéresse plus que la forme applaudissent au changement de régime.

Le travail que nous présente, avant son concours, le docteur Germain Roque, est du plus grand intérêt, car il porte sur une question que la médecine cherche à résoudre depuis un demi siècle sans avoir encore pu y parvenir ; la valeur clinique de l'albuminurie. L'auteur lui a consacré deux années de labeur, et ses recherches ont été faites sous la direction si autorisée du professeur J. Teissier, double garantie de la valeur de ses conclusions.

Essentiellement variable dans sa cause, l'albuminurie comporte un pronostic très différent, selon les cas. Après avoir regardé sa présence comme le signe d'une maladie organique grave, on est arrivé, à mesure que les méthodes qui permettent de déceler la présence de l'albumine se sont perfectionnées, à la rencontrer chez un grand nombre de gens en bonne santé, et Senator n'hésite pas à dire que toute urine est albumineuse et qu'il n'y a qu'une question de degré entre l'urine de l'état de santé et l'urine pathologique. Chez le vieillard, l'albuminurie est presque de règle, au moins dans la moitié des cas, et 25 adultes sur 100 présentent de l'albumine dans leurs urines. L'albuminurie n'a donc pas de valeur pronostique en elle-même ; aussi est-il du plus haut intérêt de rechercher si, dans les cas où elle doit comporter un pronostic grave, elle ne présente pas certaines particularités permettant de la différencier de l'albuminurie vulgaire. Un instant le professeur Bouchard avait cru trouver un signe distinctif entre les albumines tenant à une altération du plasma sanguin et celles qui sont liées à une lésion rénale véritable : il s'agissait de la rétractilité ou de la non rétractilité du coagulum albumineux ; mais les recherches de Lépine et de Cazeneuve ont infirmé cette assertion. Les autres caractères de l'albumine et du liquide urinaire n'ont pas d'importance plus précise ; il faut donc chercher autre chose.

Le professeur Bouchard a démontré que l'organisme humain fabriquait sans cesse des poisons, et que la vie ne pouvait se maintenir qu'à la condition que leur élimination soit en rapport constant avec leur production. C'est l'urine qui emporte la plus grande partie de ces substances toxiques, et, dans l'état de santé, un homme élimine ainsi en vingt-quatre heures de quoi tuer 464 grammes de sa substance par kilogramme de

son poids. Mais qu'une lésion vienne entraver cette excrétion salutaire, et des phénomènes d'intoxication apparaissent aussitôt. Comme corollaire, les urines, contenant moins de poisons, puisqu'ils ne s'éliminent plus, sont moins toxiques. D'où cette conclusion générale, que moins l'urine est toxique, plus le rein est malade et plus le pronostic est grave. La recherche de la toxicité de l'urine est donc un signe de première valeur pour établir le pronostic d'une albuminurie, le seul même qui puisse renseigner sur la nature du mal et sur son évolution future. Les observations que le docteur Roque apporte à l'appui de cette assertion sont absolument convaincantes.

Nous ne le suivrons pas dans l'étude du manuel opératoire dont il s'est servi pour établir le coefficient urotoxique d'une urine : c'est, à quelques détails près, celui qu'a indiqué M. Bouchard. Nous nous contenterons d'exposer ses conclusions telles qu'elles ressortent de ses nombreuses expériences.

Un malade, dont le coefficient urotoxique (on appelle ainsi la fraction de kilogramme de matière vivante qui est tuée par l'injection de la quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures par un kilogramme de l'individu en expérience) est supérieur à 0,464, chiffre normal, a plus de chances de guérir que celui dont le coefficient urotoxique est inférieur à ce nombre. Car, dans le premier cas, le rein continue à éliminer sans fatigue les produits toxiques, tandis que dans le second il a des tendances à devenir imperméable. Les grandes proportions d'albumine dans l'urine n'ont d'importance qu'autant que l'élimination rénale est incomplète, l'albuminurie n'ayant d'autre valeur que celle d'un signe indicateur d'une lésion organique possible, dont la recherche de la toxicité des urines peut seule démontrer l'existence. D'autre part, certaines urines albumineuses semblent tenir leur toxicité de la quantité d'albumine qu'elles contiennent, l'absorption par le charbon des principes colorants ne diminuant en rien leur action nocive sur les animaux auxquels on les injecte.

Les urines de la veille sont plus toxiques que celles de la nuit et produisent presque toujours la mort des lapins en expérience, en faisant apparaître des accidents convulsifs. Cependant certaines urines albumineuses présentent le caractère inverse; elles contiennent alors de plus fortes proportions d'azote.

Fait très important, l'examen attentif des chiffres fournis par l'analyse des différentes urines injectées n'a jamais révélé une seule particularité correspondant d'une façon nette au degré de toxicité de l'urine, ou, en d'autres termes, une urine peut varier de toxicité sans varier de composition chimique. La quantité d'azote qu'elle contient ne préjuge nullement de sa toxicité, pas plus que la quantité d'ammoniaque. Constamment on se butte à des résultats contradictoires. M. G. Roque termine son travail en annonçant son intention de continuer ses recherches. Nous ne pouvons que l'y encourager en lui souhaitant de découvrir une méthode qui permette au clinicien de reconnaître rapidement et avec certitude le degré de toxicité d'une urine déterminée.

Dr Georges Lemoine.

Contribution a l'étude de l'ulcère simple de l'estomac, par J. Gilbert.

Il était difficile de rajeunir un sujet comme celui dont M. Gilbert a fait choix pour sa thèse inaugurale; mais nous devons reconnaître que l'auteur a écarté toute prétention de ce genre et qu'il déclare vouloir s'en tenir à une sorte de résumé des connaissances acquises sur cette question, l'une des plus explorées de la pathologie. Atteint lui-même d'ulcère simple gastrique à une certaine période de sa jeunesse, il a pu mettre à profit cette circonstance pour l'étude de son sujet, avec cet esprit d'analyse que seul le médecin sait apporter dans l'interprétation de ses propres souffrances. On peut dire que c'est à cette circonstance, d'ordre tout personnel, que le travail de notre confrère doit sa valeur particulière. Les conclusions de sa thèse sont brèves. D'accord avec l'opinion courante, il considère l'ulcère simple comme une maladie à part, nettement individualisée, tout à fait différente des autres variétés d'ulcérations stomacales. Cette lésion reconnaît pour cause ordinaire un trouble circulatoire qui a pour effet d'altérer profondément l'un des départements vasculaires de l'organe. La disparition de l'épithélium met ensuite à nu les couches sous-jacentes et les livre à l'action destructive du suc gastrique, etc.

Cette dernière remarque est d'importance capitale, car elle impose en quelque sorte une des conditions du traitement, savoir la nécessité de neutraliser et de supprimer l'acidité du suc gastrique. Elle justifie donc, concurremment avec l'usage du régime lacté, l'emploi des alcalins à haute dose, dans le but d'atténuer l'influence désorganisatrice de la sécrétion normale sur une paroi que le travail ulcératif a laissé sans défense.

Pulvérisations bi-iodomercuriques contre la phthisie pulmonaire, par Miquel et Rueff.

Ce sera l'honneur de notre époque d'avoir poursuivi, à travers toutes les difficultés, la recherche des moyens propres à diminuer les ravages produits par ce fléau social qui s'appelle la phthisie. Mais les efforts tentés de toutes parts ont été trop souvent suivis d'insuccès pour qu'il soit permis de conserver l'illusion d'une solution prochaine d'un problème depuis si longtemps étudié; et cela, malgré l'acquisition récente de deux notions d'importance capitale : savoir, la démonstration de l'inoculabilité de la tuberculose, et d'autre part la découverte de l'élément parasitaire qui caractérise cette maladie.

Certes, ces deux notions, qui manquaient à nos prédécesseurs, sont bien faites pour donner à la thérapeutique un point d'appui solide; la chirurgie les a déjà mises à profit pour légitimer et pour élever à la hauteur d'une méthode l'ablation des lésions tuberculeuses externes, locales. Mais, dans le domaine médical proprement dit, il faut reconnaître qu'il en est autrement et que la science attend encore la découverte des moyens qui permettront d'atteindre et de détruire, au sein des tissus où il a été importé, le bacille, cause première génératrice de toutes les lésions caractéristiques de la phthisie. Aujourd'hui, comme hier, la meilleure médication à opposer à la tuberculose, semble être encore celle qui s'adresse au terrain, à l'individu, avec l'espoir de fortifier la résistance de l'organisme et de le rendre réfractaire au développement du germe infectieux. Ce qui signifie que la thérapeutique dite *défensive* n'a point cessé d'être à l'ordre du jour et d'être considérée encore par la majorité des médecins comme l'arme la plus efficace à opposer à un ennemi dont les ravages semblent croître chaque jour, avec les progrès de la civilisation.

Cela veut-il dire que les agents de la médication *offensive*, tels qu'on les a préconisés jusqu'à ce jour, doivent être tenus pour impuissants et rejetés systématiquement? Un pareil jugement nous paraîtrait excessif, d'autant que, dans cet ordre

d'idées, certains médicaments ont donné de bons résultats. Il en est ainsi dn tannin, de l'iodoforme, des préparations créosotées etc., dont l'usage répond, dans la pensée de leurs partisans, à la préoccupation de mettre le bacille en présence d'une snbstance douée de propriétés microbiennes reconnues, et, comme telle, susceptible d'empêcher la fructification et le développement de cet élément parasitaire.

Malheureusement, cette combinaison repose snr une illusion, qui consiste à supposer que le médicament est transporté directement par la circulation dans l'intérieur des tissus, au contact de l'élément sur lequel il doit agir. Or, rien n'est moins certain qu'un pareil enchaînement, et c'est pourquoi quelques observateurs ont dû chercher une autre voie de pénétration, permettant d'introduire à coup sûr l'agent microbicide dans l'intérieur du poumon. La méthode des inhalations, celle des pulvérisations, ont été conçues dans ce dernier ordre d'idées.

Or, le mémoire de MM. Miquel et Rueff nous fait connaître sur ce point des expériences extrêmement intéressantes. Le bi-iodure de mercure est, comme on sait, un composé doué de propriétés microbicides très énergiques, supérieur à cet égard à tous les autres composés anti-parasitaires employés jusqu'à présent. Grâce à un procédé technique irréprochable, permettant le dosage presque mathématique de la proportion du médicament introduite à chaque séance dans l'arbre bronchique, et après de nombreuses expériences préalables, ces expérimentateurs ont pu traiter activement une série de malades dont les observations, recueillies avec soin, forment la base clinique de leur travail. Les résultats paraissent être particulièrement remarquables.

Ainsi, dès la première séance, modification de la toux qui devient moins quinteuse, partant moins pénible et plus rare : diminution marquée de l'expectoration chez la plupart des sujets, même chez ceux porteurs de cavernes considérables produisant une abondante sécrétion, et de plus modification de cette sécrétion qui tend à perdre la fétidité due aux fermentations intra-cavitaires, etc. Simultanément, l'état général subit une amélioration parallèle aux changements qui viennent d'être énoncés, comme on peut en juger par les observations annexées au mémoire de MM. Miquel et Rueff, et qui révèlent chez la plupart des malades une augmentation sensible du poids du corps, en même temps que la diminution graduelle de la fièvre et des sueurs. Ajoutons à ces remarques l'innocuité absolue du médicament vis-à-vis du tube digestif, et nous aurons suffisamment fait ressortir les conclusions très encou-[illegible]eantes qui se dégagent de cette série d'expériences.

[illegible] pratique, le titre de la solution à employer doit être établi selon la formule suivante :

Bi-iodure de mercure....	1 gramme.
Iodure de potassium......	1 —
Eau distillée.............	1000 —

Mais, à ce degré, le bi-iodure peut être trop irritant pour certains malades. Heureusement, le dispositif imaginé par MM. Miquel et Rueff permet de modifier à volonté le titre du spray qui pourra être dilué ainsi à moitié par la vapeur d'eau, de manière à représenter une solution à 2/000. Or, il est reconnu que la solution de bi-iodure est encore microbicide à la dose de 1/40000.

Quant au nombre des séances de pulvérisation, il peut être porté à deux par jour, lorsque les malades sont habitués à l'impression irritante des premières applications. Ici, comme en bien d'autres circonstances, la condition du succès réside dans la persévérance avec laquelle le médecin applique le traitement.

La durée de celui-ci a pu être portée ainsi sans inconvénient à une année environ, dans des cas suivis de survie.

Ainsi, le mémoire de MM. Miquel et Rueff nous a appris des faits nouveaux et intéressants. Il appartient maintenant aux médecins soucieux de l'avenir de leurs malades, de faire application de ces faits dans le domaine de la pratique de chaque jour. Nous sommes très porté à le leur conseiller, après avoir acquis la conviction que cette méthode des pulvérisations repose sur des règles parfaitement sûres. Il n'est pas inutile de faire remarquer en même temps qu'elle a résolu définitivement la question si longtemps controversée de la pénétration des poussières médicamenteuses à travers les bronches, jusqu'au sein du parenchyme pulmonaire.

P. Muselier.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De la chair musculaire en tant qu'aliment thérapeutique, par le docteur Zaeé.

La viande crue, bien préparée, sans aucune trace de tissu fibreux est très riche en principes protéiques et d'une digestion assez facile. En plus de la fibrine et de l'albumine, elle contient encore des chlorures et surtout des phosphates alcalins. Or, d'après les données biologiques générales, le phosphate de chaux joue un rôle important dans l'accomplissement de la nutrition. Bibra a mis en lumière ce fait, que le phosphate de chaux existe chez un animal, en quantité d'autant plus grande, que son activité est plus énergique.

Mais l'usage de la viande crue, en dehors de la répugnance qu'elle inspire à beaucoup de malades, présente de sérieux inconvénients. Elle peut contenir des œufs de tœnia, et donner ainsi le ver solitaire. Un inconvénient plus grave encore, c'est que les animaux tuberculeux sont loin d'être rares, et que l'ingestion de leur chair est capable d'engendrer cette affection. Des expériences multiples l'ont prouvé.

M. Debove, le premier, il y a quelques années, eut recours à la poudre de viande, pour alimenter les malades arrivés à la période cachectique. Sa tentative fut couronnée d'un franc succès. Il arriva ainsi à pouvoir nourrir des malades tout à fait épuisés, sans provoquer ni vomissements, ni diarrhée. Et, de fait, la poudre de viande est un aliment des plus riches en principes protéiques, facilement digéré et assimilé, et partant des plus nutritifs. Sous un faible volume, elle représente quatre fois son poids de viande crue, de sorte que 100 grammes de poudre répondent comme valeur nutritive à 400 grammes de viande fraîche.

Dans les cas si nombreux de phthsie pulmonaire, à forme apyrétique, des effets surprenants résultent de cette alimentation corroborante. Les sueurs cessent ; le sommeil devient plus calme ; la toux et l'expectoration diminuent, pour disparaître ensuite. Les chairs sont moins flasques, le ton et l'embonpoint tendent à reparaître. En même temps, les symptômes locaux s'amendent heureusement. Les forces du malade augmentent rapidement ; l'appétence pour les aliments fait place au dégoût que ceux-ci inspiraient, la viande principalement. La maigreur diminue ; le facies change d'expression ; l'organisme se refait.

Le médicament le mieux approprié au traitement des dyspepsies, quelles qu'en soient la nature et la cause, c'est l'aliment facilement digéré et assimilé. Divisée en poudre impalpable, la viande est attaquée de tous côtés par le suc gastrique. Les estomacs les

plus paresseux reprennent leurs fonctions et l'appétit tend à renaître.

Les qualités de la poudre de viande la rendent tributaire des diarrhées chroniques et de la diarrhée chez les phthisiques. Privée de matière grasse, elle constitue l'aliment le plus léger, lequel est entièrement digéré par l'estomac. Il en résulte que l'intestin enflammé est tenu au repos et que la guérison s'obtient précisément, grâce à ce repos forcé, tout en nourrissant le malade.

Dans la convalescence des maladies graves infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, alors que l'état de faiblesse et d'anémie du malade rend l'indication nutritive des plus impératives, la poudre de viande, à doses fractionnées, est parfaitement tolérée. Aucune rechute fébrile n'est à craindre et la durée de la convalescence est sensiblement abrégée. Les praticiens savent combien il est difficile de doubler ce cap du retour à la santé.

Lorsque le diabète devient consomptif, qu'il y a de la fièvre, que les malades toussent, enfin que des tubercules et des cavernes se forment dans les poumons, l'alimentation intensive par la poudre de viande est obligatoire, si l'on veut enrayer la marche de ces graves accidents et relever l'état général des forces.

L'obésité, traitée d'après la méthode de Banting, c'est-à-dire par l'alimentation presque exclusivement azotée, trouve dans la poudre de viande un sûr moyen d'atteindre le but recherché.

Cette méthode, perfectionnée à Marienbad par Schlindler, a donné des résultats étonnants, parfois incroyables.

De l'ensemble des expérimentations cliniques que nous venons de résumer brièvement, il résulte que la poudre de viande est l'aliment thérapeutique par excellence, auquel le praticien doit donner la préférence dans les cas si multiples de troubles digestifs, liés ou non à une affection du tube gastro-intestinal, dans les convalescences pénibles, et dans toutes les maladies chroniques qui tendent à cachexier leurs victimes.

Les préparations carnées artificielles, malgré les soins apportés à leur confection, répugnent néanmoins à certains malades. Grâce à la tablette Rousseau, faite avec de la chair de bœuf condensée, la réalisation des espérances conçues ne sera plus entravée. Sous un faible volume, d'environ 20 centimètres cubes, elle renferme 80 grammes de muscles de bœuf frais. L'inventeur a déjà produit une poudre de viande, irréprochable sous tous les rapports, et des plus estimées. Sa tablette, aux qualités d'une poudre de viande parfaite, joint les mérites du bouillon, « utile dulci ». Elle contient, en effet, dans leur intégralité, les principes inosiques de la viande, tels que l'osmazôme.

Un de nos thérapeutes les plus distingués résumait en ces termes les avantages de la tablette Rousseau : « Son goût et son arome sont ceux du bon bouillon. Sa préparation est des plus faciles, puisqu'elle n'exige que son mélange avec de l'eau pure, froide ou portée à l'ébullition. Sa richesse nutritive (principes azotés et phosphatés assimilables) est considérable. Sa peptonisation est rapide, et sa conservation absolue ».

Les expériences, faites dans le service de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sont des plus concluantes. Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, les tablettes Rousseau constituèrent le premier aliment qui fut donné aux malades. Elles furent toujours bien supportées, et acceptées avec plaisir, sauf dans un seul cas ; et le retour à la santé se fit moins attendre que d'habitude. Dans nombre de cas de maladies chroniques avec intolérance gastrique, les résultats furent des plus favorables. Ainsi, dans la tuberculose pulmonaire, la cachexie confirmée, les tablettes triomphèrent des vomissements, et remontèrent parfois les forces du malade, d'une façon tout à fait inespérée. Egalement, dans des cas de cancer et d'ulcère de l'estomac, elles furent digérées facilement, alors que tout autre aliment était rejeté : ce qui démontre absolument leur extrême digestibilité. Le même succès fut obtenu dans un cas de métrite chronique avec intolérance gastrique excessive, dans celui d'un cancer du corps de l'utérus, dans une pleurésie chronique gauche avec myocardite scléreuse, etc.

Déjà, nos ambulances militaires sont munies de ce précieux nutriment thérapeutique, appelé à être si utile, après la tourmente de la bataille.

Enfin, dans les colonies intertropicales, pour empêcher l'anémie, conséquence fatale d'un climat torride, et combattre les fièvres graves, la tablette de bœuf condensé est tout indiquée. D'une conservation parfaite, elle peut supporter, sans aucune altération, les plus longs voyages et les températures extrêmes.

BULLETIN

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DU CHOLÉRA. — LA LOI MILITAIRE. — LA SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES VICTIMES DU DEVOIR MÉDICAL.

M. Duboué (de Pau) a communiqué mardi dernier à l'Académie de médecine une étude sur la pathogénie et un nouveau mode de traitement du choléra. Pour notre confrère, la maladie a son siège principal dans les capillaires artériels et consiste en une desquamation de l'endothélium de ces capillaires. Les médicaments les plus efficaces sont donc ceux qui ont une action spéciale sur cette desquamation épithéliale ; de ce nombre sont le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, et plus particulièrement le tannin.

Quand la maladie est arrivée à une période avancée, à celle où le pouls radial cesse d'être perceptible, la muqueuse digestive et le tissu cellulaire sous-cutané ne sont plus propres à l'absorption, et c'est par la voie intra-veineuse, ou mieux par la voie pulmonaire, qu'on peut agir avec quelques chances d'efficacité sur l'organisme. M. Duboué, au moyen d'un trocart spécial, pratique la trachéocentèse et fait, dans la trachée et les bronches, à la température du corps, des injections d'eau pure ou de solutions médicamenteuses. Quand on n'a pas d'instruments et qu'il y a urgence d'agir, notre confrère n'hésite pas à conseiller la submersion du malade pendant un maximum de trois minutes. L'état du pouls des cholériques permet au médecin de régler la durée de cette submersion, pendant laquelle l'eau qui pénètre dans les voies aériennes rend le sang plus fluide et tend à rétablir la circulation. On peut ensuite instituer la médication quasi-spécifique de la desquamation épithéliale dont nous avons parlé plus haut.

Il est peu de maladies qui aient été, autant que le choléra, l'objet de recherches, d'hypothèses, de théories, d'eseais phylactiques et thérapeutiques de tous genres. Ce de travaux n'a d'égale que la pauvreté des ré. C'est une raison pour ne décourager per est une aussi pour ne pas accepter sans réserve une médication nouvelle. *A priori*, les idées théoriques de M. Duboné ne semblent pas indiscutables et son traitement chirurgical du choléra, encore moins la submersion des malades, ne feront probablement pas jusqu'à nouvel ordre de nombreux prosélytes. Ici, plus que partout ailleurs, la théorie a besoin du contrôle et de la sanction des faits.

— La discussion sur la loi militaire, qui se poursuit actuellement devant la Chambre des députés, a remis en question tous les points qui intéressent l'avenir des hautes études en France. Toutes les propositions, tous les amendements qui ont eu pour objet de sauvegarder cet avenir, ont échoué devant un parti pris inébranlable. On semble trop oublier que la lutte

entre nations civilisées ne s'exerce pas seulement sur les champs de bataille, mais qu'elle s'étend au domaine autrement vaste des études, des recherches, des découvertes qui marquent les progrès de l'esprit humain; que les victoires pacifiques ne sont pas moins glorieuses que celles qui reposent sur le choc des armées; que le plus souvent, d'ailleurs, les premières préparent et assurent les secondes. D'un autre coté, les principes égalitaires qu'on fait valoir trouvent une application et une sanction suffisantes dans les dispositions légales qui ouvrent également à tous l'accès de toutes les carrières, et ce n'est pas revenir au système des privilèges que de faciliter, dans l'intérêt national, l'essor des intelligences d'élite. Le vrai libéralisme a des compréhensions plus larges que celles que nous voyons prévaloir aujourd'hui; espérons qu'il aura son tour.

En attendant, nous n'avons pas à nous féliciter de la part faite à la médecine dans le projet de loi. On se rappelle que le Sénat accordait aux élèves en médecine, comme à tous ceux de l'enseignement supérieur, des dispenses après un an de service; la Chambre des députés a remplacé ces dispenses par un sursis d'appel. Ce sursis pourra porter sur quatre années; mais, pendant ces quatre années, les jeunes gens resteront astreints à des périodes d'exercices militaires, comme cela a lieu pour les soldats de la réserve. Plus tard, ils suivent le sort, non de la classe à laquelle ils appartiennent par leur âge, mais bien de la classe avec laquelle ils seront entrés au service, si bien que leurs quatre années de sursis viendront en définitive se surajouter aux vingt-quatre années de service réglementaire qu'ile doivent au pays. On voit qu'ils auront payé assez largement leur sursis.

Ce n'est pas tout: si les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions, les officiers de santé, les élèves en pharmacie après quatre inscriptions et les pharmaciens de seconde classe, ont la faculté d'accomplir leur service actif dans un corps de troupe ou dans un hôpital militaire, le sort des docteurs en médecine, des pharmaciens de première classe et des vétérinaires, n'est rien moins que déterminé. Suivant, en effet, le bon plaisir d'une Commission spéciale désignée *ad hoc*, c'est-à-dire du Gouvernement, les uns seront pourvus du grade d'aide-major, les autres employés en qualité d'auxiliaires dans les ambulances de corps d'armée, d'autres enfin, moins heureux encore, rentreront purement et simplement dans les rangs. Il y a lieu de penser que les égalitaires à outrance seront suffisamment satisfaits de ces pseudo-faveurs accordées a[illegible] médecine.

aurons [illegible] ons plus ici à faire profession de notre sympathies [illegible] qu[illegible] les œuvres professionnelles qui gravitent [illegible] pratique, [illegible] autour de [illegible] générale des médecins de France. Il vient de s'en fonder une qui a pour but « de venir en aide moralement et parfois matériellement aux familles des médecins et de ceux qui, à la suite d'un acte exceptionnel de dévouement accompli dans l'exercice de la médecine, sont morts ou sont devenus incapables de continuer à pratiquer leur profession ».

Cette Association, qui prend le nom de *Société de protection des victimes du devoir médical*, se compose de membres *titulaires*, de membres *donateurs*, de membres *honoraires* et de membres *fondateurs* jouissant tous des mêmes droits. Pour être élu membre titulaire, il faut: 1o être présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'administration; 2o payer une cotisation annuelle de 20 francs.

La Société est dirigée moralement par un *Comité de patronage* et administrée par un *Conseil* composé de cinq membres élus par l'Assemblée générale sur la présentation du Comité de patronage.

Le premier Comité de patronage se compose de MM. Théophile Roussel, *président*; Franck-Chauveau et Henri Monod, *vice-présidents*; Cézilly, *secrétaire*; Chastaing, *trésorier*; Brouardel, Léon Colin, Dujardin-Beaumetz, Cuvinot, Farcy, Gibert, Grancher, Hyades, Laborde, Lereboullet, Magnier, Maurat, Nicolas, Nocard, J. Steeg, Treille, Ulysse Trélat.

Il suffit d'indiquer le but de la nouvelle Association et de faire connaître les noms qui précèdent des membres de son premier Comité de patronage, pour la recommander à l'attention et lui gagner l'adhésion de nos lecteurs.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

LE SIÈGE DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — C'est décidément Lyon qui l'a emporté. Interpellé sur ce choix devant la Chambre des députés, le Ministre de la guerre a répondu qu'il lui a été dicté par les résultats de l'enquête confiée au Comité technique de santé militaire; il a dû mettre l'intérêt de l'armée au dessus de tous les intérêts locaux.

— LES FEMMES MATHÉMATICIENS. — Il n'y a pas que la médecine qui attire les femmes: toutes les branches des sciences leur sont désormais ouvertes, et les licenciées ès sciences, bientôt les agrégées, ne seront pas moins nombreuses que les doctoresses. Le grand prix des sciences mathématiques que vient de décerner l'Académie des sciences a été remporté par Mme Kowaleski, professeur à l'Université de Stockolm, et descendante de Mathias Corvin, roi de Hongrie. Son amour des sciences peut être considéré comme héréditaire, car Mathias Corvin fut à la fois un grand guerrier et un fervent protecteur des lettres, des arts et des sciences.

— CRÉATION A MILAN D'UNE COMMISSION PERMANENTE DE RECHERCHES SCIENTIFICO-PRATIQUES. — Sur la proposition du Comité milanais de l'Association médicale d'Italie, une Commission destinée à favoriser les recherches médicales qui peuvent intéresser à la fois la science et la pratique de notre art, vient d'être élue à Milan. Elle est composée de 25 membres, sous la présidence du docteur Joseph Lewis. C'est la première Commission de ce genre qui se constitue en Italie, nous dit la GAZZETTA MEDICA ITALIANO-LOMBARDIA; avec cet organe, nous félicitons Milan d'avoir donné l'exemple, et nous souhaiterons bonne chance à cette entreprise.

— L'INSTITUT LANGENBECK. — La Société de médecine de Munich a récemment discuté un projet de création à Berlin d'un Institut Langenbeck en l'honneur de l'éminent clinicien. Cet Institut servirait de siège à des Congrès et servirait de cabinet de lecture toujours ouvert aux médecins de passage à Berlin. Une souscription a été ouverte. La somme recueillie en Bavière est déjà considérable.

— CRÉATION D'UN INSTITUT VACCINOGÈNE A ROME. — Un récent décret a autorisé la création d'un Institut vaccinal du gouvernement à Rome. Cet Institut sera sous la dépendance de la Direction de la Santé publique, du Ministère de l'Intérieur, et sous la surveillance d'une Commission composée du Directeur de la Santé publique, d'un médecin général de l'armée, et du Président de la Faculté de médecine de Rome (RIFORMA MEDICA).

— LA SACCHARINE EST-ELLE NUISIBLE? — Le Conseil supérieur de santé de l'empire Austro-Hongrois a déclaré que l'emploi de la

saccharine dans la fabrication des produits alimentaires n'est pas nuisible ; que la saccharine n'est pas toxique, que c'est même une substance précieuse, *pourvu qu'elle soit bien préparée*.

Vérité au-delà des Alpes rhétiques, erreur en deçà ; le gouvernement italien, suivant les traces du gouvernement français, semble croire à la nocivité de ce produit. Quoi qu'il en soit, il a présenté au Parlement un projet de loi frappant la saccharine d'une taxe de 10 livres par kilogramme.

— QUESTION DE SECRET PROFESSIONNEL. — Un grand nombre de médecins anglais, parmi lesquels on cite Lister, Mac Cormac, Paget, Savy, Playfair, etc., ont adressé à la direction du British Médical Association, une lettre blâmant la publication (dans le BRITISH MÉDICAL JOURNAL) d'une lettre autographe du défunt empereur d'Allemagne Frédéric, comme portant atteinte à la considération d'un médecin, ils demandent à la présidence de la Société de réprouver, sinon réparer, cette atteinte au secret professionnel.

— CRÉATION D'UN COURS D'HYGIÈNE PRATIQUE EN ITALIE. — Ces jours derniers, à l'Institut d'hygiène expérimentale de l'Université de Rome, un cours libre vient de s'ouvrir sous la direction du professeur Celli, secondé par ses assistants, les docteurs de Mattei et Scala ; il s'intitule : *Exercices de police sanitaire*, et admet les étudiants assez avancés en médecine (qui se sont déjà fait inscrire en grand nombre).

Voici, d'après LA RIFORMA MEDICA, un aperçu du programme de ce cours : Excursions dans les établissements sanitaires, égouts, quartiers ouvriers, hôpitaux, casernes, écoles ; Exercices d'analyse chimique et bactériologique de l'eau, de l'air, des terrains ; recherches des altérations et falsifications des aliments ; étude des qualités morphologiques et biologiques des microorganismes pathogènes ; vaccination et désinfection.

— L'ANNIVERSAIRE DE DONDERS. — A l'occasion du 70e anniversaire de la naissance de l'illustre ophthalmologiste hollandais, la « Nederlandsch Fijdschrift voor Geneeskunde » a publié un beau volume orné du portrait de Donders et comprenant quarante mémoires de divers auteurs écrits en hollandais et en français sur des questions presque toutes relatives à l'oculistique.

CONGRÈS DE MÉDECINE AU CHILI. — A l'occasion de l'inauguration de la nouvelle école de médecine, un Congrès aura lieu du 15 au 20 mars 1889, à Santiago.

Tous les médecins du Chili sont invités à prendre part à ce Congrès qui sera divisé en quatre sections : médecine, chirurgie, hygiène et sciences physiques et naturelles.

LE SCORBUT DANS LA MARINE RUSSE. — D'après Levistki, la morbidité par le scorbut sur la flotte russe a été de 1835 à 1881, de 114,266 cas. La mortalité s'élevait à 6 pour 100 dans les 15 premières années tandis que dans les dernières années elle n'a été que de 1,6 pour 100. Cette amélioration serait due à l'augmentation des rations de viande. D'après les observations de Levistki, l'influence du froid serait nulle dans l'étiologie du scorbut.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — M. Léon Demas, professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir dans toute la force de l'âge : il avait à peine 39 ans.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort d'un bien sympathique confrère, le docteur Saint Vel, décédé subitement à Paris, dans sa soixante-deuxième année.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance annuelle. Voici les noms des lauréats, en ce qui touche aux sciences médicales :

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. — L'Académie décerne trois prix : A M. Hardy, à M. Albert Hénocque, à MM. Follin et Duplay. Elle accorde trois mentions honorables : La première à M. Emile Berger ; la deuxième à M. Gilles de la Tourette, et la troisième *ex æquo* à M. Bailly et à M. Bérenger-Féraud. Elle cite honorablement dans le rapport de MM. Bérillon, Binet et Féré, Chanvel et Panlet, Jolly, Lecorché et Talamon, Martin (de Bordeaux), Vidal (d'Hyères).

Prix Bréant. — L'Académie accorde une récompense de 3,000 fr. à M. le docteur Hauser.

Prix Barbier. — Le prix est partagé par moitié entre MM. Leroy et Raphaël Dubois et M. J. Ehrmann (de Mulhouse).

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur Maurice Hache.

Prix Lallemand. — Le prix est partagé par moitié entre M. François-Franck et M. Paul Blocq. Une mention honorable est accordée à M. Bouvier.

Physiologie. — Prix Montyon. — Le prix est partagé par moitié entre M. Augustus D. Waller et M. Léon Fredericq. Des mentions honorables sont accordées à M. Beauregard, à M. le docteur Blake, à M. Mangin. Une citation honorable est accordée à M. Peyrou.

Prix Thore. — Le prix est décerné à M. le docteur Carlet.

Botanique. — Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. V. Fayod.

Prix Montagne. — Le prix est décerné à M. Gaston Bonnier.

Prix Montyon (arts insalubres). — Deux encouragements de 1,500 francs chacun sont accordés à M. le docteur Paquelin et à M. Fumat.

Statistique. — Prix Montyon. — Deux prix sont décernés : l'un à M. Félix Faure ; l'autre à M. J Teissier.

Chimie. — Prix Jecker. — Le prix est partagé par moitié entre M. Maquenne et M. Cazeneuve.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Bernheim, professeur de clinique médicale membre du Conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Danner, professeur de physiologie est maintenu pour trois ans, à partir du 10 décembre 1888, dans les fonctions de directeur.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile le 9 janvier 1889, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis . plèvre de l'usage pathologiques

COURS DE GYNÉCOLOGIE. — M. le docteur Doléris le lundi 17 décembre, 12, rue de Navarre, à 4 des), 333. gynécologie portant sur les inflammati — français de chirurgie, 129. Il continuera ses leçons les lundis nal d'anthropologie suivants, à la même heure.

— Sur la proposition du directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. le docteur Th. David, un Congrès international dentaire se tiendra à Paris, pendant l'Exposition universelle de 1889. Sont nommés membres du Comité d'organisation :

MM. les docteurs David, Gaillard, Marchandé ; MM. Blocmann, Brasseur, Chauvin, Crignier, Demain, Dubois, Dubrac, Ducourneau, Godon, Kuhn, Papot, Poinsot, Pourchet, Ronnet, et Saussine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Pantaloni. Portion pelvienne des uretères chez la femme.

— M. Jondean. Nœvi polypoïdes du méat urinaire chez la femme. — M. Lavaux. Du lavage de la vessie sans sonde. — M. Rousseau. Contribution à l'étude de l'antisepsie en obstétrique dans ses applications à la campagne. — M. Thereault. De la transparence dans les tumeurs comme élément de diagnostic. — M. Millier. Contribution à l'étude de l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale. — M. de Viville. Gangrène des pieds d'origine nerveuse.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 16 AU SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1888

Fièvre typhoïde 11. — Variole 3. — Rougeole 32 — Scarlatine 2. — Coqueluche 3. — Diphtérie, croup, 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Phthisie pulmonaire 194. — Autres tuberculoses 22. — Tumeurs : Cancéreuses 40. — Autres 6. — Méningite 23 — Congestion et hémorr. cérébrales 37. — Paralysie 8. — Ramollissement cérébral 7. — Maladies organiques du cœur 68. — Bronchite aiguë 40. — Bronchite chronique 51. — Broncho-pneumonie 36. — Pneumonie 66 — Gastro-entérite : Sein 9. — Biberon 32. — Autres 8. — Fièvre et périt. puerpérales 0. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale 26. — Sénilité 42. — Suicides 10. — Autres morts violentes 6. — Autres causes de mort 156. — Causes inconnues 5. — Total de la semaine : 982 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'hydrothérapie pendant la période menstruelle, par le docteur Greuell, directeur de l'établissement hydrothérapique de Gérardmer (Vosges). — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par Hermann V. Zeissl, privat-docent à l'Université de Vienne. Traduit et annoté par le docteur Paul Raugé. Un volume in-8o de 328 p. — Prix : 7 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, professées à l'hôpital Necker par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, publiées et recueillies par F.-P. Guiard, ancien interne des hôpitaux. Un volume in-8o de 1,112 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES : I. LE PÔLE SUD, par Wiefrid de Fonvielle, ouvrage illustré de 53 vignettes par M. Weber. — II. LES ABEILLES, par J. Pérez, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, ouvrage illustré de 119 vignettes, par Clément. — Paris, librairie Hachette et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

Traité pratique de bactériologie, par M. E. Macé, professeur agrégé, chargé du cours d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-18° de 712 pages, avec 173 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie Ed. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME CINQ DE LA SEPTIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1888

A

B

C

K

L

M

N

O

P

TABLE DES AUTEURS